



15 retos para el presente y el futuro de la farmacia comunitaria

© Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) 2016

Edita: EDITTEC. Tecnología y Ediciones del Conocimiento, SL
Travessera de Gràcia, 56, 6, 4ª - 08006 Barcelona

Diseño gráfico: Marc Guitart, SL
Princesa, 20, pral. 1ª - 08003 Barcelona

DL: B4543-2016
ISBN: 978-84-943274-9-0
Imprime: Gráficas Rey, SL

El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeran, plagiaran, distribuyeran, comunicaran públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística, científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

CONSEJO DE GOBIERNO DE SEFAC

Junta Directiva

Jesús C. Gómez Martínez, *presidente*

Vicente J. Baixauli, *vicepresidente 1º*

Ana Molinero Crespo, *vicepresidenta 2ª*

Mª Dolores Murillo Fernández, *vicepresidenta 3ª*

Ana Celada Carrizo, *secretaria*

Mercedes Fraga Sampedro, *tesorera*

Adela Martín Oliveros, Ana Mª Mateos Lardiés,

Sonia Saenz de Buruaga Perez de Atxa, Sebastián R. Martínez Pérez, *vocales*

Delegaciones

Sebastián R. Martínez Pérez, *presidente de SEFAC Andalucía*

Eduardo Satué de Velasco, *presidente de SEFAC Aragón-Lifara*

Antonieta de Andrés Dirube, *presidenta de SEFAC Cantabria*

Paqui Moreno Fernández, *presidenta de SEFAC Catalunya*

Mª Teresa Climent Catalá, *presidenta de SEFAC Comunitat Valenciana*

Alicia González Rodríguez, *presidenta de FACOR-SEFAC Madrid*

Ana Rodríguez Sampedro, *presidenta de SEFAC Galicia*

Francesc Xabier Moranta Ribas, *presidente de SEFAC Illes Balears*

Modesta I. Gil García, *presidenta de SEFAC Región de Murcia*

Celia de Miguel Silvestre, *presidenta de la comisión gestora de SEFAC Extremadura*

Índice

P6	Prólogo	Francisco Martínez Romero. 15 años no son nada
P8	Introducción	Jesús C. Gómez Martínez. 15 retos y un camino

15 reflexiones SEFAC sobre la farmacia comunitaria

INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

P12	Reto 1	Integración del farmacéutico comunitario con el resto de profesionales de atención primaria y de otros niveles asistenciales
P18	Reto 2	Liderazgo de la farmacia comunitaria en el uso racional del medicamento en la atención primaria
P23	Reto 3	Implicación y participación estratégica de la farmacia comunitaria en la salud pública mediante servicios profesionales
P28	Reto 4	El rol del farmacéutico comunitario en las nuevas tecnologías: receta electrónica, información clínica necesaria...
P33	Reto 5	La farmacia comunitaria en la atención sociosanitaria y domiciliaria
P38	Reto 6	Presencia y participación del farmacéutico comunitario en estrategias del SNS, barómetros y observatorios sanitarios

DESARROLLO PROFESIONAL

P43	Reto 7	Formación continuada, implantación de un desarrollo (carrera) profesional y de la recertificación de los farmacéuticos comunitarios
P49	Reto 8	Creación y desarrollo de la especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria
P54	Reto 9	Promoción y difusión de servicios profesionales farmacéuticos

MODELO ASISTENCIAL

P60	Reto 10	Papel del farmacéutico comunitario en el abordaje de la cronicidad
P65	Reto 11	Participación de la farmacia comunitaria en el autocuidado responsable y el empoderamiento del paciente
P70	Reto 12	Razones para cambiar el sistema retributivo de la farmacia comunitaria
P75	Reto 13	Mejora del modelo farmacéutico actual mediante la reforma del acceso a la titularidad de las farmacias comunitarias

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

P81	Reto 14	Participación del farmacéutico comunitario en la enseñanza de la práctica farmacéutica desde la universidad
P87	Reto 15	La investigación científica en la farmacia comunitaria

15 opiniones del sector sobre los retos de la farmacia comunitaria

P92	Opinión 1	Jesús Aguilar Santamaría. Una nueva Farmacia, un nuevo farmacéutico
P94	Opinión 2	Rafael Bengoa Rentería. Las farmacias comunitarias en la transformación de la sanidad
P97	Opinión 3	Miguel Ángel Calleja Hernández. El farmacéutico comunitario como protagonista en la transformación del sistema sanitario
P99	Opinión 4	Tomás Castillo Arenal. La farmacia del paciente
P101	Opinión 5	Antoni Esteve Cruella. Los retos de la farmacia comunitaria
P103	Opinión 6	María José Faus Dáder. La formación necesaria en atención farmacéutica
P105	Opinión 7	Carlos González Bosch. Retos eclipsados por la financiación
P107	Opinión 8	Máximo González Jurado. Farmacias y farmacéuticos en la atención primaria. Una visión enfermera
P109	Opinión 9	José Luis Llisterri Caro. La coordinación entre médicos y farmacéuticos, fundamental para ofrecer una atención sanitaria óptima a los pacientes
P111	Opinión 10	Carmen Peña López. Coherencia sanitaria para la Farmacia
P113	Opinión 11	Federico Plaza Piñol. Retos de la farmacia comunitaria 2020
P116	Opinión 12	Jordi Ramentol Massana. Desafíos de la farmacia comunitaria para los próximos años
P118	Opinión 13	Javier Sánchez Caro. Un porvenir basado en dos ejes
P121	Opinión 14	Julio Sánchez Fierro. SEFAC: 15 años de servicio, 15 reflexiones
P124	Opinión 15	Francisco Zaragoza García. Adaptar la formación a las nuevas exigencias en salud

Bibliografía



Francisco Martínez Romero

Presidente de Honor y miembro fundador de SEFAC

PRÓLOGO: 15 años no son nada

"... Y yo no seré el que robe tus 15 años,
ahora cuando empiezas a vivir..."

Michel y Chus Platón



Parece que fue ayer cuando un grupo de compañeros (Miguel Ángel Gastelurrutia, Elena Dualde, Guillermo Navarro, Alejandro Eguilleor, Neus Caelles, José Ibáñez, Manuel Machuca, Fernando Fernández-Llimós, José Ramón García Soláns, Antonio Barbero y el que esto escribe), nos reuníamos en el Hotel Cuzco de Madrid para constituir una sociedad científica que dignificara nuestra profesión.

Era necesario poner fin al ostracismo profesional que suponía la falta de consideración científica y profesional con que el resto de profesionales sanitarios nos percibían; y no solo me refiero a médicos o enfermeros, sino también a nuestros compañeros farmacéuticos que ejercían su actividad en otros ámbitos como la industria farmacéutica, universidad, hospitales, etc., para los que éramos poco más que "tenderos de lujo", mientras ellos presumían de ciencia.

Y había que poner fin al individualismo con el que cada uno de nosotros trabajaba, tantas y tantas horas "encerrado" en su farmacia, sin compañeros con los que compartir métodos de trabajo y resultados.

Y había que poner fin a la falta de valoración de la sociedad en general (que no de nuestros pacientes en particular), seguramente por falta de conocimiento de nuestros resultados en salud.

Y había que poner fin a la falta de respeto generalizada por parte de la Administración sanitaria, que legislatura tras legislatura y decreto tras decreto, hacía que esta profesión se sintiera cada vez más humillada, y no estoy hablando del aspecto económico sino del de realización profesional.

Y había que poner fin a que no contasen con nosotros en ninguna comisión científica del Ministerio ni de ninguna comunidad autónoma, aunque esas comisiones fueran de medicamentos.

Y había que poner fin a que no nos publicaran trabajos en revistas científicas y a que no tuviésemos ninguna propia en donde poder volcar nuestras experiencias con nuestros pacientes.

Y a tantas y tantas cosas que no voy a seguir detallando, porque no puedo extenderme, pero que los farmacéuticos más jóvenes (de edad, que no de espíritu, hasta ahí podríamos llegar...) deberían conocer para que sepan que antes no era como ahora, que ahora tienen una sociedad científica adulta en la que muchos compañeros se han dejado la piel todos estos años para que esto dejara de suceder. Porque...

15 años son muchos años.

Y se han conseguido cambiar muchas cosas y se ha conseguido poner unos cimientos para que en el futuro inmediato se acabe de cambiar lo que no se ha podido conseguir aún.

Dicen que la mayoría de edad de las mujeres (SEFAC es nombre femenino puesto que es una sociedad) son los 15 años. No estoy hablando, por supuesto, de la edad legal, sino de la de verdad, de la que la sociedad marca en multitud de países.

Hay un dato que quiero resaltar para corroborar la mayoría de edad de SEFAC, y es el de que, como ya sucede desde 2008, ningún miembro de la junta directiva actual fue miembro fundador.

Y otro más, del que me siento especialmente orgulloso (sentimiento que me consta que es compartido por todos los que tuvimos el honor de ser fundadores): el currículum científico y la preparación de todos y cada uno de los miembros actuales de la junta directiva de SEFAC es muchísimo más importante que el de todos y cada uno de los que poseíamos nosotros en aquel entonces.

Esto, unido al lujo que supone contar con un *staff* de colaboradores como los que se dispone, no me deja duda alguna de que va a suceder lo que he dicho anteriormente: que en un futuro inmediato se van a conseguir los 15 retos que se afrontan en esta publicación.

Presidente, gracias por darme la oportunidad de escribir estas líneas y gracias por estar ahí al frente luchando por dignificar cada vez más a esta profesión.



Jesús C. Gómez Martínez

Presidente de SEFAC

INTRODUCCIÓN: 15 retos y un camino



SEFAC celebra sus 15 años. Cuando allá por finales de 1999 el actual presidente de honor, Francisco Martínez, aceptó el reto, junto con un grupo de compañeros insignes, de crear una sociedad científica para farmacéuticos comunitarios, hubo personas o colectivos que no acababan de entender el valor de esta visión. Hoy, más de una década después, ese reto no solo se ha conseguido, sino que se ha consolidado, aunque nada de esto habría sido posible sin una gran dosis de esfuerzo, dedicación, trabajo, sacrificio y, por encima de todo, amor por la profesión. Las sociedades científicas juegan un papel muy importante en la actualización de conocimientos, necesarios en toda profesión sanitaria, como vienen realizando los colectivos médicos cuyas sociedades científicas llevan más años funcionando. La población necesita cada vez más de nuestros conocimientos y de los servicios profesionales farmacéuticos que cubran sus necesidades de salud y es ahí donde nuestra sociedad científica debe aunar sus esfuerzos.

Hoy, 15 años después de que SEFAC comenzara a rodar de forma oficial con su inscripción, el 21 de diciembre de 2000, en el Registro Nacional de Asociaciones, tiene más sentido que nunca reivindicar y homenajear la labor de todos aquellos que hicieron y hacen posible, con su trabajo y ejemplo diarios, que SEFAC sea una entidad necesaria para nuestra profesión, con más de 3.300 socios en la actualidad (y creciendo) y también que, después de muchos años, la farmacia comunitaria vaya ocupando el lugar que se merece y con el prestigio que le corresponde en muchos de los grandes foros científicos donde antes no tenía presencia. Hoy muchos de esos foros nos acogen de forma natural y nos permiten hablar de tú a tú con otros profesionales sanitarios (médicos de atención primaria, especialistas, enfermeros, farmacéuticos de otros ámbitos, etc.) antes alejados de nosotros y con los que, sin embargo, es imprescindible colaborar si queremos tener una sanidad de calidad y que responda a las necesidades de los pacientes que, no lo olvidemos, son nuestra única razón de ser. Porque somos profesionales de la salud y no otra cosa.

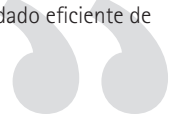
Los 15 años son la edad de la adolescencia plena y la antesala del paso a la edad adulta. Es un periodo en el que es necesario, si no obligatorio, ser rebelde y atrevido.

Ambas son cualidades útiles que, bien enfocadas y conjugadas con la responsabilidad de quien defiende el rigor científico y profesional, deben servir para mirar al futuro con optimismo a pesar de que aún queda mucho por hacer y de que hay piedras en el camino que levantar. Pero esto no importa cuando se tiene vocación de servicio y se trabaja con ilusión y con confianza en unos valores. La filosofía de SEFAC desde su nacimiento siempre ha sido la de sumar y aportar, sin ocupar el lugar de otros, sino complementando y añadiendo valor para buscar el beneficio común de los farmacéuticos, los pacientes y el sistema sanitario en su conjunto. Solo así, con el trabajo en equipo, se pueden acometer con éxito los retos que tenemos por delante y quién sabe si alcanzar algún día el tan ansiado Pacto por la Sanidad del que se habla desde hace años.

El libro que introduce este texto recoge una serie de reflexiones sobre esos retos que, a juicio de SEFAC, van a marcar el presente y el futuro más inmediato de nuestro colectivo. Porque en estos 15 años muchas cosas han cambiado y lo que nos ha llevado hasta aquí es muy probable que no sea suficiente para llegar más lejos. Los retos de este libro (que el lector puede priorizar no necesariamente en el orden expuesto) se deberían considerar prioritarios para los farmacéuticos comunitarios a fin de acometer con decisión y con un enfoque ético (como se propone en el *Código Ético de la Farmacia Comunitaria*, publicado por SEFAC) si queremos conseguir los objetivos que nos pide la sociedad, alejar los fantasmas que periódicamente nos acosan, mejorar nuestra integración en el Sistema Nacional de Salud y reforzar nuestros cimientos asistenciales para las décadas venideras.

En el marco de esa filosofía citada anteriormente, de sumar y aportar entre todos en la búsqueda de un objetivo común, el documento se completa con la opinión de 15 personalidades relevantes que han formado y forman parte activa de la actualidad de nuestro sector (farmacéutico y sanitario) desde hace años y que ofrecen su particular punto de vista sobre la farmacia comunitaria. Desde SEFAC queremos agradecer su inestimable y valiosa colaboración para ayudar a dibujar la farmacia venidera.

“No andes errante... Busca tu camino”, escribió el reconocido poeta y farmacéutico León Felipe. Desde SEFAC deseamos que este documento contribuya a que nuestra profesión encuentre ese camino; un camino renovado que la siga haciendo imprescindible para el cuidado eficiente de la salud de la población.





Reflexiones SEFAC sobre la farmacia comunitaria

Reto 1

Integración del farmacéutico comunitario con el resto de profesionales de atención primaria y de otros niveles asistenciales

Países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido o Australia, siguiendo las recomendaciones de la FIP, han integrado a los farmacéuticos en los equipos multidisciplinares de atención primaria, no solo en servicios relacionados con los resultados de mejora del uso de los medicamentos, sino también en otros relacionados con el proceso de uso de los mismos

Hace 15 años se empezó a hablar de que la colaboración multidisciplinar era indispensable para proporcionar una asistencia sanitaria global y completa al paciente y que la existencia de una importante morbilidad y mortalidad asociada al uso de medicamentos hacía que la participación del farmacéutico en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos fuese una responsabilidad ineludible, tanto por motivos legales como, lo que es más importante, asistenciales. Desde entonces se han producido grandes avances como el desarrollo de la farmacogenética y la farmacogenómica, claves en el desarrollo de fármacos personalizados, los medicamentos biológicos y biotecnológicos, el creciente número de medicamentos para tratar las enfermedades, la mayor accesibilidad a los mismos, que han convertido el cuidado del paciente en un proceso cada vez más complejo, que necesita de la colaboración de todos los profesionales implicados. En esta línea, la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) realizó una declaración de *Práctica Farmacéutica de Colaboración Interprofesional* en 2010, basada en un informe realizado por un grupo de trabajo creado para tal fin en 2009.

En España, esa colaboración multidisciplinar queda reflejada en varias leyes como la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, la Ley de garantías y uso racional del medicamento, o el Real Decreto sobre receta médica y órdenes de dispensación, pero, a día de hoy, esa colaboración multidisciplinar no se ha llevado a cabo, por lo menos en lo que respecta a la farmacia comunitaria y de forma generalizada e institucionalizada. Prueba de ello es que en el Acuerdo Marco firmado entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) en el año 2013, en las bases del Pacto de Sanidad, se habla desde la perspectiva de los profesionales de farmacia, de una deseable "participación activa de la farmacia comunitaria en las políticas de salud pública, en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de la aportación del farmacéutico como agente activo al SNS". Y que un año después en la propuesta técnica de desarrollo del citado Acuerdo Marco, se sigue hablando de "promover la figura del farmacéutico como profesional sanitario, desempeñando una labor más participativa dentro de los equipos multidisciplinares de salud" y "de la coordinación entre Atención Primaria (farmacéutico comunitario en coordinación, si fuese preciso, con los farmacéuticos de los servicios de atención primaria) y Atención Especializada (farmacéutico hospitalario)".

Sin embargo, países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido o Australia, siguiendo las recomendaciones de la FIP, han integrado a los farmacéuticos en los equipos multidisciplinares de atención primaria, no solo en servicios relacionados con los resultados de mejora del uso de los medicamentos, sino también en otros relacionados con el proceso de uso de los mismos, adquiriendo incluso responsabilidades relacionadas con la prescripción farmacéutica, la educación de otros miembros del equipo sanitario o la educación de los pacientes en el manejo de los medicamentos y de su salud. Los resultados obtenidos en estos programas muestran que la integración de los farmacéuticos comunitarios en los equipos de atención primaria proporciona beneficios como, por ejemplo, resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) o mejora de los indicadores relacionados con las enfermedades crónicas, además de permitir que el tiempo empleado por los médicos en las consultas sea empleado en el manejo de enfermos más complejos.

La integración en España

En España, y a pesar de experiencias puntuales o de colaboraciones entre sociedades científicas, como las que ha realizado SEFAC con las sociedades médicas de primaria y especializada o con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), no se ha integrado al farmacéutico en los equipos de salud.

En el reciente estudio *refcom*, una iniciativa de SEFAC y ratiopharm, las asociaciones de pacientes que han participado han manifestado que es esencial que exista una relación entre farmacéuticos y médicos, con una relación fluida que permita resolver los problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRM), compartiendo la misma información, con acceso a la historia clínica e integrando al farmacéutico comunitario en el sistema sanitario.

La integración en el equipo de atención primaria solo se llevará a cabo cuando los profesionales sanitarios implicados dejen a un lado sus reticencias personales y las Administraciones sanitarias quieran realmente que la integración se produzca. Y ésta se puede llevar a cabo con:

- **Formación continuada conjunta entre los profesionales implicados:** la participación de farmacéuticos, junto al resto del equipo de salud del centro de atención primaria de su ámbito de influencia, en las sesiones clínicas del mismo facilita el acercamiento de todos los profesionales y la labor asistencial desde el punto de vista de la gestión de los tratamientos y el seguimiento a los pacientes, así lo ha entendido la Administración de la Comunidad Valenciana, que dentro del acuerdo que ha alcanzado con los colegios farmacéuticos de la comunidad, pondrá en marcha un plan para que estas sesiones clínicas se realicen.

- **Comunicación entre profesionales sanitarios a través de la receta electrónica (RE) y la tarjeta sanitaria:** la comunicación es fundamental para la labor asistencial, sin embargo, como se ha puesto de manifiesto en un reciente informe realizado por la comisión de Receta Electrónica de SEFAC, con la colaboración de ESTEVE, el desarrollo actual de la misma en las diferentes comunidades autónomas solo es utilizado como herramienta de gestión administrativa que no responde a las necesidades asistenciales, ya que a pesar de conectar a dos profesionales sanitarios, no ha habilitado ninguna forma de comunicación directa e inmediata entre ellos.
- **Acceso a la historia clínica:** no se entiende que los farmacéuticos comunitarios, que tienen obligación de cumplir la Ley orgánica de protección de datos (LOPD), no tengan acceso a información como la historia farmacoterapéutica del paciente, diagnósticos, problemas de salud, resultados de pruebas clínicas, alergias, etc. para desarrollar una labor asistencial. Incluso la tarjeta sanitaria impide al farmacéutico acceder a la información clínica necesaria para la correcta realización de la dispensación ni registrar en la historia clínica del paciente aquella información farmacoterapéutica que, si es conocida también por otros profesionales sanitarios, pueda ser de utilidad para mejorar su tratamiento, evitar PRM y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Y menos se entiende que, a pesar que desde el Ministerio de Sanidad se ha manifestado que el acceso a la historia digital facilitaría el seguimiento farmacoterapéutico por parte del farmacéutico, el registro de pacientes y una mayor inmersión de los profesionales en el SNS, este acceso no se haya puesto en marcha todavía. Tampoco se puede obviar el hecho de que el acceso a esta información, así como toda la relación clínica que establezca el farmacéutico con los pacientes y en la información que se comparta con otros profesionales debe apoyarse sobre unas firmes convicciones éticas. A este respecto SEFAC publicó en mayo de 2015 el primer *Código Ético en la Farmacia Comunitaria*, elaborado por la comisión de Bioética, que recoge este aspecto, entre otros muchos.
- **Participación en las estrategias del MSSSI:** desde un punto de vista institucional y representativo, la incorporación de la farmacia comunitaria en algunas estrategias para el abordaje de problemas de salud pública y problemas de salud prevalentes, si bien es tímida todavía, ya ha empezado a andar con la participación de SEFAC. en algunas estrategias, como la de abordaje de la cronicidad, enfermedades neurodegenerativas o el documento para la mejora del abordaje del dolor.
- **Incorporación en programas de detección precoz de enfermedades:** la proximidad de las farmacias comunitarias y su amplio horario hacen de estas un establecimiento idóneo para realizar cribados. Hasta ahora se han dado algunos pasos en determinadas comunidades autónomas como la detección precoz del VIH-sida en Cataluña, Euskadi, Cantabria, Castilla y León y Baleares, ofreciendo además consejo al usuario y derivación efectiva y rápida a centros específicos para la confirmación de aquellos casos que resulten positivos con el test rápido, o la detección precoz del cáncer de colon y recto en Cataluña, Baleares y Región de Murcia.

Se deben realizar protocolos conjuntos de trabajo que impliquen a todos los profesionales sanitarios en la asistencia al paciente

Prácticamente no hay ninguno que se haya desarrollado desde las Administraciones, sin embargo son numerosos los que se han realizado desde las sociedades científicas

- **Estrategias de inmunización:** los farmacéuticos comunitarios pueden ser agentes importantes en las estrategias nacionales de vacunación. Su implicación complementando a otros profesionales de la salud puede variar desde la participación en actividades de información y concienciación hasta la administración, como en algunos países, de vacunas por parte de personal farmacéutico debidamente formado y entrenado, aumentando en estos países las tasas de vacunación en la población.
- **Atención domiciliar y sociosanitaria:** el farmacéutico comunitario debe formar parte de los equipos de atención primaria, junto a médicos, enfermeros y trabajadores sociales, como proveedor de atención sanitaria a los pacientes más vulnerables, sobre todo aquellos con mayor falta de autonomía o con patologías crónicas. El farmacéutico comunitario debe ser responsable de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital, independientemente de dónde vivan, y no puedan desplazarse a la farmacia comunitaria. Además, podrá ayudar a gestionar la medicación y a proveer de los servicios relacionados con su uso racional a aquellos pacientes, independientemente de dónde se encuentren, que tengan regímenes de tratamiento complejos, por ejemplo, preparando sistemas personalizados de dosificación. El farmacéutico también puede tener un papel relevante en la identificación de personas mayores y dependientes que viven en situación de soledad y que pueden necesitar cuidados especiales.
- **Programas de salud pública:** salvo los programas de deshabituación a heroína (programas de dispensación de metadona) o intercambio de jeringuillas desarrollados en algunas comunidades autónomas, no hay otros programas oficiales en los que se haya contado con el farmacéutico comunitario, a pesar de existir experiencias en programas como los de cesación tabáquica, tratamiento directamente observado (TDO), estreptotest, etc. con resultados satisfactorios. El farmacéutico también debería integrarse en programas de contracepción o cuidados paliativos, que cuentan con experiencias positivas en otros países europeos.
- **Protocolos de consenso:** se deben realizar protocolos conjuntos de trabajo que impliquen a todos los profesionales en la asistencia al paciente. Prácticamente no hay ninguno que se haya desarrollado desde las Administraciones, sin embargo son numerosos los que se han realizado desde las sociedades científicas: estreñimiento (SEFAC-SEMERGEN), patología digestiva (SEFAC-SEMERGEN), cesación tabáquica (SEFAC-SEPAR-SEMERGEN-semFYC-SEMG-SEDET), fármacos y conducción (SEFAC-SEMERGEN-SEMT), disfunción eréctil (12 sociedades científicas), consultas pediátricas (SEFAC-AEPap), diabetes (SEFAC-SED y otros con varias sociedades), hipertensión arterial (SEFAC-SEH-LELHA), estrés e insomnio (SEFAC-SEMERGEN)... La utilización de estos protocolos puede abrir el camino para regular la dispensación sin receta médica en situaciones excepcionales de medicamentos sujetos a prescripción médica.

- **Continuación de una prescripción médica:** la prescripción repetida permite a pacientes controlados recibir su medicación durante un periodo de tiempo determinado desde su farmacia comunitaria, sin necesidad de volver a la consulta del médico. Esto se ha resuelto parcialmente con la prescripción electrónica, pero en aquellos casos en los que la prescripción no es electrónica, el farmacéutico comunitario podría prolongar la prescripción médica hasta que el paciente pudiese acudir a su médico, esto ya se hace en algunos países miembros de la Unión Europea. Además, podrían permitirse, bajo circunstancias predefinidas y con el consentimiento previo del médico prescriptor, los ajustes de dosis en las prescripciones repetidas, anotando en la historia clínica la modificación e informando al médico prescriptor.
- **Integración entre los distintos niveles asistenciales:** el trabajo conjunto entre farmacéuticos comunitarios, hospitalarios y de primaria en los centros de salud, se debe realizar utilizando protocolos consensuados. Entre las vías de trabajo conjunto podríamos citar por ejemplo la conciliación de la medicación de los pacientes en la transición entre niveles asistenciales. Para evitar la aparición de RNM o PRM es necesario que se realice una revisión de la medicación tanto al ingreso hospitalario de un paciente como al alta hospitalaria. Para esto, los farmacéuticos de ambos niveles asistenciales deben estar coordinados, utilizar un protocolo conjunto y disponer de la información clínica necesaria que permita mantener un registro farmacoterapéutico único y actualizado. Otro ejemplo de coordinación entre niveles asistenciales debería ser la utilización de protocolos conjuntos para la dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario (DH). En la mayoría de los casos no existe justificación sanitaria para la dispensación en exclusiva de medicamentos DH a través de los servicios de farmacia hospitalaria. El uso de estos protocolos posibilitaría un seguimiento más próximo del paciente que los utiliza y la derivación en caso de necesidad.
- **Indicación farmacéutica:** el farmacéutico comunitario, siguiendo protocolos de actuación consensuados con sociedades científicas médicas podría, dentro del sistema sanitario, indicar un tratamiento para un síntoma menor o bien derivar al médico de atención primaria si lo cree necesario, evitando así saturaciones de los servicios en los centros de salud. Este servicio funciona en algunas localidades como Escocia, donde la Administración incluso financia los medicamentos empleados en este marco. Recientemente SEFAC ha consensuado protocolos de actuación con las sociedades médicas SEMERGEN y semFYC y ha finalizado el estudio *I-VALOR. El valor de la indicación farmacéutica*, que aportará datos, entre otros, sobre los problemas de salud resueltos por el farmacéutico comunitario en este contexto. El estudio *I-VALOR*, con más de 37.000 casos registrados, ha sido promovido por SEFAC con la colaboración de Correo Farmacéutico, el aval del CGCOF, anefy y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y la Fundación Pharmaceutical Care, y el patrocinio de Alcon, Almirall, Cinfa, Ferrer y Sanofi.

Para que todo esto se logre el farmacéutico comunitario deberá seguir evolucionando desde su papel de dispensador de medicamentos a proveedor de servicios relacionados con el medicamento, y los colegios profesionales y sociedades científicas deben empezar a trabajar con la Administración para desarrollar, de hecho, esta integración real del farmacéutico comunitario dentro del sistema sanitario, al igual que ya lo están otros profesionales de la salud. En caso contrario, el paciente no obtendrá los beneficios que puede prestarle el profesional sanitario más próximo y más accesible a él.



Reto 2

Liderazgo de la farmacia comunitaria en el uso racional del medicamento en la atención primaria

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de la mitad de los pacientes no usa adecuadamente el medicamento, bien por falta de cumplimiento o bien porque no lo hace según las pautas indicadas, en forma de administración y/o dosis

Más de 2.000 principios activos, más de 20.000 especialidades farmacéuticas, más de 2.500 interacciones... No, la farmacoterapia actual tiene poco que ver con la que se practicaba hace tan solo medio siglo. El vasto número de opciones terapéuticas es un gran avance científico para la Humanidad pero distintos efectos secundarios observados periódicamente muestran la necesidad de ser conscientes de qué hacemos y cómo manejamos el medicamento. La cantidad de posibilidades que plantea el actual vademécum influye de forma constante en la relación beneficio/riesgo de cualquier medicamento y es ahí donde el farmacéutico comunitario debe aportar un plus diferente al de cualquier otro profesional. ¿Por qué?

- Porque es experto en el medicamento,
- porque es el profesional que normalmente primero ve al paciente ambulatorio y el último al que ve el paciente antes de irse a casa con su medicamento,
- porque es el más accesible en tiempo y en espacio,
- porque tiene el acceso a gran número de bases de datos de medicamentos,
- porque dispone físicamente del arsenal terapéutico en el propio centro de trabajo,
- porque la red de farmacias (casi 22.000) ya existe y sería un desperdicio y un derroche no aprovecharla, sobre todo cuando tanto se cuestiona la sostenibilidad del sistema sanitario y se pide eficiencia en el uso de los recursos,
- porque es uno de los profesionales mejor valorados por la población y con el que el paciente tiene un alto nivel de confianza.

Todo esto explica por qué el farmacéutico comunitario debe ser un eje central del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el uso racional del medicamento del paciente en general y del ambulatorio en particular, coordinado con otros profesionales de la salud, pero debemos ser conscientes de qué puede hacer para lograrlo.

El primer reto con mayúsculas es la adherencia. No podemos llevarnos a engaño.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de la mitad de los pacientes no usa adecuadamente el medicamento, bien por falta de cumplimiento o bien porque no lo hace según las pautas indicadas, en forma de administración y/o dosis. Esto es un problema de primera magnitud porque todo el esfuerzo y el coste que tiene desarrollar un medicamento, fabricarlo en condiciones de máxima calidad, formar profesionales que sepan prescribirlo y dispensarlo y mantener una infraestructura que permite la labor sanitaria para que finalmente el paciente no lo tome de forma adecuada es un despilfarro que puede sumar miles de millones de euros, por no hablar de los problemas de salud no resueltos o agudizados que esto genera. ¿Qué puede aportar el farmacéutico? Los proyectos encaminados a mejorar la adherencia y que el farmacéutico puede implantar de modo natural a su quehacer diario son:

- **Dispensación habitual:** las preguntas ¿sabe quién lo ha de tomar?, ¿para qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿durante cuánto tiempo? son los fundamentos de la dispensación y deben hacerse de forma generalizada para la mejora del servicio. Proyectos como *D-VALOR. El valor de la dispensación*, promovido por SEFAC, la Fundación Pharmaceutical Care y Correo Farmacéutico con el aval del MSSSI y del CGCOF y el patrocinio de Mylan, están demostrando las cualidades del farmacéutico.
- **Primera dispensación:** en aquellos grupos farmacológicos con dificultades añadidas, como ser de ventana terapéutica estrecha, especialidades farmacéuticas complejas, estupefacientes y patologías donde es primordial una buena adherencia se puede realizar un adiestramiento específico, tal y como realizan en Inglaterra con antidiabéticos, anticoagulantes, inhaladores, etc.
- **Revisión del Uso de la Medicación (RUM):** una revisión periódica (una o dos veces al año) al paciente polimedicado o con dificultades cognitivas para repasar y recordar al paciente el buen manejo de su medicación. Este servicio se presta de forma habitual en países desarrollados como Canadá, Inglaterra, Australia... y está siendo impulsado en España como servicio por SEFAC a través de su programa *Revisa*, realizado con la colaboración de TEVA y ratiopharm.
- **Dispensación de medicamentos especiales:** el buen acceso a medicamentos es condición *sine qua non* para lograr la adherencia. El acceso a medicamentos en España es de los mejores del mundo gracias a la capilaridad territorial de las farmacias y a la cobertura farmacéutica pública. Sin embargo, desde hace unos años, un gran número de medicamentos se ha estado derivando a las farmacias hospitalarias, generando una dificultad de acceso al paciente debido a la necesidad de grandes desplazamientos para conseguirlos. En el año 2012 SEFAC planteó un nuevo modelo de dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario (DH) adquiridos por centrales de compra de la administración a cambio de una tasa por dispensación que hoy en día está teniendo eco en varias entidades profesionales.

El 70 por ciento del incumplimiento no se debe a “olvidos”, sino que son decisiones conscientes del paciente de no tomar la medicación debido a miedos, mitos, rechazo a determinados efectos secundarios, etc.

- **Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD):** el sistema de reacondicionamiento, el famoso “pastillero” no es poner pastillas en cajitas sino, previa revisión farmacoterapéutica, distribuir semanalmente la medicación del día en dispositivos multicompartmentales de un solo uso, siguiendo un procedimiento normalizado que garantice la manipulación segura de los medicamentos de forma que se obtenga una administración óptima para el paciente y supervisable por el farmacéutico de la medicación. Este servicio está muy extendido en farmacias de toda España, y Euskadi ha sido la primera autonomía en la que se ha concertado con la Administración. En el ámbito de la investigación, SEFAC está desarrollando actualmente, en colaboración con Mylan, el estudio *SPD-VALOR*, donde se analiza el plus que genera este servicio en pacientes hipertensos.

- **Tratamiento Directamente Observado (TDO):** esto es, administrar la medicación bajo la supervisión del farmacéutico para aquellos pacientes en que es imprescindible garantizar un cumplimiento estricto de la medicación, generalmente por una cuestión de salud pública. Es un método frecuentemente utilizado en pacientes con tuberculosis, ya que un mal cumplimiento genera resistencias y la propagación de la enfermedad.

- **Formulación individualizada de medicamentos y medicina personalizada:** la adecuación de la forma galénica, los excipientes y la dosis de los medicamentos a las necesidades del paciente son básicas para conseguir una buena adherencia. La formulación individualizada de medicamentos, también llamada formulación magistral, permite tratar lo que a la industria le resulta inviable.

En cualquier caso, es preciso recordar que el 70 por ciento del incumplimiento no se debe a “olvidos”, sino que son decisiones conscientes del paciente de no tomar la medicación debido a miedos, mitos, rechazo a determinados efectos secundarios, etc., por lo que lograr una adherencia adecuada al tratamiento no puede basarse en meros recordatorios, ni tampoco en adoctrinamiento del paciente, sino, a través de la alianza terapéutica, en generar el empoderamiento del paciente sobre su terapia, para lo que es necesario un apoyo personalizado y cotidiano, algo que es necesario realizar con cada paciente, dedicándole su tiempo, y que el farmacéutico comunitario es capaz de ofrecer.

Evaluación del medicamento

El uso racional del medicamento no termina con una buena adherencia. El siguiente reto consiste en realizar una evaluación de la necesidad, efectividad y seguridad del medicamento de forma periódica. Distintos servicios profesionales farmacéuticos encaminados a conseguir este objetivo son:

- **Revisión farmacoterapéutica (RFT):** se puede hacer en la primera dispensación o de forma periódica. Se analiza que los medicamentos que toma el paciente sean los necesarios (no toma medicamentos que no necesita ni le faltan medicamentos que necesita), sean efectivos y sean seguros.

Este servicio puede aportar una información valiosa al prescriptor para ajustar la prescripción a las necesidades del paciente.

- **Conciliación de la medicación (CM):** es una comparación sistemática y protocolizada de la lista de medicamentos utilizados por el paciente, antes y después de una transición entre niveles asistenciales. Su necesidad es clara al alta hospitalaria, cuando el paciente acude a su farmacia a recoger los nuevos medicamentos prescritos que en ocasiones pueden generar duplicidades, interacciones... con el tratamiento que el paciente tomaba de forma habitual antes de estar ingresado.
- **Seguimiento farmacoterapéutico (SFT):** es el servicio encargado de evaluar el resultado de los medicamentos en el paciente y de optimizar la farmacoterapia que utiliza. Debe ser una herramienta disponible para aquellos casos que lo necesiten, como demuestran los resultados del estudio *conSIGUE*, impulsado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y el Consejo General de COF, tanto en términos clínicos como económicos. El control continuado en el tiempo probablemente sea la forma más segura de evaluar la adecuación de la farmacoterapia en los pacientes complejos.
- **Farmacogenómica:** la farmacovigilancia ha estado tradicionalmente limitada a los estudios estadísticos. Esta barrera ya puede superarse hoy en día a través del estudio personalizado del efecto de un medicamento en cada paciente. Lo que hoy está restringido al ámbito de la medicina privada de élite será una herramienta más en pocos años, de modo que de la misma manera que estudiamos la interacción entre dos medicamentos o entre medicamento-alimento, analizaremos la interacción medicamento-enzima para cada paciente.

Sin embargo, por convenientes y necesarios que sean estos servicios, el farmacéutico aún puede dar pasos más allá. Atender a las necesidades farmacológicas del paciente y adaptar la farmacoterapia en la propia farmacia a las necesidades del paciente es el próximo paso para el que el farmacéutico debe prepararse, con el propósito de conseguir una optimización de la farmacoterapia y de la eficiencia del sistema sanitario. Varios países desarrollados ya han avanzado en el camino de la farmacia colaborativa:

- **Indicación farmacéutica:** el tradicional servicio farmacéutico que comprende no solo indicar medicación sino también productos sanitarios y consejo farmacéutico genera millones de consultas al año que mejoran con diversos programas de formación. Ampliar el catálogo de medicamentos que el farmacéutico puede manejar sin que sean publicitarios es una de las vías que se manejan para mejorar la atención al paciente y ahorrar tiempo en las consultas médicas.
- **Prescripción repetida:** por múltiples motivos (rotura, prescripción caducada, viaje...) un paciente puede necesitar extender su prescripción hasta la siguiente cita con su médico.

Atender a las necesidades farmacológicas del paciente y adaptar la farmacoterapia en la propia farmacia a las necesidades del paciente es el próximo paso para el que el farmacéutico debe prepararse con el propósito de conseguir una optimización de la farmacoterapia y de la eficiencia del sistema sanitario

La posibilidad de hacerlo en la propia farmacia bajo la supervisión del farmacéutico por un tiempo limitado es una optimización del tiempo del paciente y prescriptor y una forma de mejorar el cumplimiento.

- **Catálogo de medicamentos bajo protocolo:** en aquellos casos en los que un paciente reúna una serie de condiciones, un farmacéutico, siguiendo un protocolo determinado, puede indicarle un medicamento sujeto a prescripción médica de una lista cerrada. Este sistema ya se utiliza en otros países, por ejemplo, para prescribir determinados antibióticos en infecciones del tracto urinario (ITU) recurrentes, antifúngicos...
- **Práctica colaborativa:** un médico y un farmacéutico firman un acuerdo por el cual en determinados grupos de pacientes, el médico diagnóstica y asigna el tratamiento inicial mientras que el farmacéutico lleva a cabo el seguimiento ajustando dosis, forma galénica, sustituyendo principios activos equivalentes, parando/continuando el tratamiento... La responsabilidad por el tratamiento está compartida entre los dos profesionales.
- **Prescripción complementaria:** es un acuerdo entre un médico, un farmacéutico y un paciente en el que se contempla qué medicamentos y bajo qué protocolos puede el farmacéutico prescribir al paciente dentro de un plan de gestión clínica que varían en función de la evolución del paciente.

SEFAC tiene el compromiso adquirido de empujar en esta dirección con todas sus fuerzas como así ejemplifican los múltiples proyectos (*D-VALOR*, *I-VALOR*, *SPD-VALOR*, *Revisa...*) que hoy día contribuyen a demostrar lo que podemos y queremos hacer. En definitiva, es mucho lo que el farmacéutico comunitario puede y debe hacer por el buen uso de la medicación en el paciente. Varios de estos servicios profesionales ya se dan en la farmacia española y otros están en desarrollo, pero la farmacia comunitaria debe aspirar a aprovechar al máximo la cercanía al paciente, la profesionalidad de los más de 47.000 farmacéuticos que hoy trabajan en España y la cada vez mayor interrelación con el equipo multidisciplinar para ocupar el lugar de responsabilidad y desempeño que el conjunto de la sociedad reclama y necesita.



Reto 3

Implicación y participación estratégica de la farmacia comunitaria en la salud pública mediante servicios profesionales

Corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública

La salud pública es la disciplina centrada en el cuidado y la promoción de la salud en la población o en un grupo de población específica y siempre ha estado presente en la actividad de la farmacia comunitaria (campañas sanitarias, medida de la presión arterial, consejo nutricional, analíticas rápidas...), sin entrar en la extraordinaria labor que los farmacéuticos titulares realizaron en la España rural del siglo XX velando por la potabilidad de las aguas y el correcto manejo de alimentos y plaguicidas.

Su presencia tradicionalmente ha sido más bien voluntaria y en todo caso poco o nada remunerada, incluso en el caso de que esté planteado por la normativa, de tal modo que puede decirse que era uno de los extras que la farmacia ha prestado regularmente, pero del que no ha existido ni exigencia ni expectativas ni evaluación de sus resultados.

Esta situación ha cambiado en el último lustro donde se han ido incorporando servicios profesionales farmacéuticos (SPF) relativos a la salud pública basados en protocolos normalizados de trabajo (PNT) que están normalmente sujetos a remuneración.

La legislación reconoce la labor del farmacéutico en la salud pública. Tal como expresa la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), "corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública". También en la Ley de regulación de servicios de oficinas de farmacia se recoge "la colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria".

A su vez tanto el *Libro Blanco de la farmacia comunitaria europea* como el *Documento sobre Buenas Prácticas en Farmacia* de la OMS/FIP (Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica) establecen que uno de los grupos de actividades diarias de la práctica farmacéutica es "ayudar a mejorar la eficiencia del sistema de salud y la salud pública".

Además, la Ley General de Salud Pública, en su artículo 22, señala que "las Administraciones sanitarias establecerán procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas en atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, los servicios de prevención que realizan la vigilancia de la salud y cuando fuere preciso con los servicios de salud laboral así como para la colaboración con las oficinas de farmacia".

Asimismo, el artículo 24 indica que las "Administraciones sanitarias podrán prever la colaboración de las oficinas de farmacia, centros o establecimientos de veterinaria o de otros servicios sanitarios comunitarios en los programas de salud pública".

Sin embargo, ha sido preciso establecer cuáles son los campos de actuación en salud pública del farmacéutico comunitario. SEFAC estableció una primera clasificación de SPF de salud pública en su propuesta de catálogo de SPF bajo los criterios establecidos en los documentos anteriores. Esto implica varias cuestiones de fondo: en primer lugar, plantea por primera vez servicios concretos de salud pública que deben ser protocolizados y retribuidos; en segundo lugar, no todo vale, es decir, existen muchos denominados "servicios" que difícilmente podemos considerar profesionales y mucho menos farmacéuticos y que no deberían constar en ningún catálogo de SPF, tampoco de salud pública. Y, por último, es necesario entender que este tipo de servicios van a ser a menudo servicios compartidos con otros profesionales sanitarios, por lo que deberían incorporar en sus protocolos esta colaboración.

Muchos supuestos servicios, como el análisis del pelo o la piel, colocar pendientes, etc., si bien pueden considerarse servicios, no son profesionales pues no necesitan de un graduado para llevarlos a cabo, al menos tal como se están planteando y, por otra parte, otros servicios tal vez salen del ámbito razonable de un farmacéutico

Probablemente son dos los elementos que susciten más debate: primero, qué servicio podemos considerar SPF y cuál no y, segundo, cómo y cuánto retribuirlos. Respecto a cuáles son SPF la respuesta es sencilla y compleja a la vez, aquellos que precisan de un profesional farmacéutico para llevarse a cabo y no puede desarrollarse por otro profesional. Esto implica que muchos supuestos servicios, como el análisis del pelo o la piel, colocar pendientes, etc., si bien pueden considerarse servicios, no son profesionales pues no necesitan de un graduado (antes licenciado) para llevarlos a cabo, al menos tal como se están planteando y, por otra parte, otros servicios tal vez salen del ámbito razonable de un farmacéutico. En la práctica esto supone que se inicia un debate que probablemente no acabe sobre cuál podemos clasificar como SPF y cuál no, ya que siempre irán surgiendo nuevas necesidades que querrán cubrirse con nuevos servicios.

Respecto a la forma de retribución, SEFAC planteó varias cuestiones que son imprescindibles tener en cuenta:

- Cada SPF debe poder diferenciarse de los demás.
- Los SPF deben tener un sistema retributivo acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados, independientemente de su pagador y la forma de financiación, y la remuneración debe estar diferenciada de la dispensación.

En la práctica supone que cada SPF de salud pública que queramos dar en la farmacia deberá tener su documento de especificaciones, capacitación, protocolización y remuneración diferenciada del resto. La remuneración de los SPF de salud pública en general será sufragada por el propio paciente, pero pueden darse casos de SPF que estén concertados con la Administración (ya sea a escala nacional, autonómica o municipal) dentro de su cartera de servicios o convenidos con seguros privados.

¿Qué puede aportar el farmacéutico comunitario?

Sin embargo, la pregunta es ¿qué puede ofrecer el farmacéutico comunitario a la sociedad en materia de salud pública que le pueda aportar algo que complementen o hagan más eficientes los servicios que ya existen en otras entidades (centros de salud, hospitales, consultas privadas...)? Quitando todos los servicios relacionados con los medicamentos, en la práctica la farmacia comunitaria tiene las siguientes posibilidades:

- **Función propia:** aquellos servicios en los que tradicionalmente la farmacia comunitaria ha venido realizando un servicio de prevención y promoción de la salud de forma autónoma como son:
 - Prevención y cesación de adicciones: alcohol, tabaco, ansiolíticos...
 - Asesoramiento en nutrición y dietética.
 - Medición y control de parámetros biológicos y antropométricos. Si bien es un servicio tradicional de las farmacias y uno de los pocos remunerados de salud pública, se trata de dar un salto más allá del mero resultado e integrarlos en los servicios que planteen una orientación y seguimiento del paciente.
 - Información y participación en campañas sanitarias (fotoprotección, violencia de género, etc.).
- **Función suplementaria:** realizar servicios que ya existen en otras entidades pero que la capilaridad de la red de farmacias permite una mejora en su acceso. Este es el caso de muchos servicios de salud pública, en concreto:
 - **Cribados:** es preciso detectar nichos patológicos donde, bien por su deficiente índice de detección (presión arterial, glucosa, colesterol, incontinencia urinaria...), bien porque su detección precoz sea fundamental para el resultado en salud (VIH, determinados tipos de cáncer...), la farmacia aporte un plus para la detección y el control de la enfermedad que sería muy difícil o costoso conseguir por otros medios.

Es preciso detectar nichos patológicos donde, bien por su deficiente índice de detección (presión arterial, glucosa, colesterol, incontinencia urinaria...), bien porque su detección precoz sea fundamental para el resultado en salud (VIH, determinados tipos de cáncer...), la farmacia aporte un plus para la detección y el control de la enfermedad

◦ **Cobertura de tratamiento:**

- Inmunización: se ha demostrado que la farmacia mejora el índice de cobertura de las vacunas voluntarias (como es el caso, por ejemplo, de la gripe en países como Reino Unido o Portugal, pero que puede extenderse a la vacunación del viajero).
- Tratamiento de drogodependientes.
- Campañas de control de zoonosis (como el caso de la hidatidosis).
- Intercambio de jeringuillas.
- Tratamiento Directamente Observado (TDO).

• **Función complementaria:** realizar servicios que no sustituyan, sino que aporten algo más a lo que se puede hacer en otros centros. Las farmacias comunitarias pueden mejorar el seguimiento y control de los pacientes con el fin de evitar saturación de los centros de salud o de los centros de urgencias. Casos típicos son:

- Seguimiento en patologías crónicas: diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión... En estos servicios el farmacéutico realiza controles periódicos de los pacientes de riesgo que derivará al médico de atención primaria en el caso de encontrar indicadores de riesgo. Estos controles no sustituyen los habituales de los centros de salud u hospital, sino que permiten mejorar la detección de problemas controles.
- Primer filtro en epidemias y brotes agudos: se trataría de que ante las colas que pueden ocasionar determinados brotes infecciosos en los centros públicos, como a menudo ocurre con la gripe en determinados momentos del año, los farmacéuticos comunitarios realicen un primer triaje para determinar si un paciente es susceptible de padecer esa enfermedad a través de los mismos PNT que se usan en consulta.
- Campaña sanitaria en materia de sanidad ambiental y de seguridad alimentaria.

Otro elemento que podría contribuir de forma relevante a mejorar la integración y reforzar la intervención de los farmacéuticos comunitarios en la salud pública sería la inclusión del colectivo entre los sanitarios con capacidad para acceder a una especialidad pluridisciplinar en esta disciplina, que actualmente se considera exclusivamente como una especialidad médica (especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública).

En definitiva, se trata de que la farmacia comunitaria esté integrada en el esquema de servicios de salud pública de la sociedad mediante su integración en los mecanismos de la Administración allá donde puede apoyar y complementar los servicios públicos, y también en las diversas iniciativas que en el ámbito privado puedan generar un beneficio a los pacientes (por ejemplo, a través de las aseguradoras). El equipo de salud consiste en que cada uno aporte allá donde pueda ser más útil y aprovechar los recursos de salud ante una situación cada vez más necesitada de recursos. Optimizar el uso del farmacéutico comunitario redundará en una racionalización de la inversión pública y privada en salud.



Reto 4

El rol del farmacéutico comunitario en las nuevas tecnologías: receta electrónica, información clínica necesaria...

La Filosofía de la Historia da cuenta de lo que implica la aceleración de la Historia, que no es otra cosa que el cambio entre generaciones sea cada vez más voraz. Un señor nacido hace 80 años en el medio rural ha pasado de prácticamente la Edad Media a la Edad Industrial a lo largo de su vida

“La sociedad-red transforma la vida cotidiana, las diversas manifestaciones culturales, los negocios, las esferas más diversas de la vida privada y social. La forma en que se generan los bienes públicos en la red exige una preocupación explícita por la libertad de acceso y la generación de nuevos servicios, que ayuden a superar limitaciones de los individuos y faciliten desdibujar las diversas brechas digitales y ciberculturales (...) Las tecnologías (...) producen cambios en las formas de generación, reproducción y transmisión del conocimiento (social)”. Esta cita del filósofo José Francisco Álvarez, catedrático de Lógica y Filosofía de la Ciencia, sirve para recalcar que actualmente estamos inmersos en una revolución de la información y, por mucho que se repita, la sociedad apenas es consciente de lo que significa. La Filosofía de la Historia da cuenta de lo que implica la aceleración de la Historia, que no es otra cosa que el cambio entre generaciones sea cada vez más voraz. Un señor nacido hace 80 años en el medio rural ha pasado de prácticamente la Edad Media a la Edad Industrial a lo largo de su vida, del burro y el carro a las autopistas, del agua en el pozo al agua potable y caliente. Sin embargo, ahora hemos pasado de la Edad Industrial a la Era de la Información y es posible que el salto sea de tanta o mayor envergadura.

Las generaciones nacidas en el siglo XXI son los llamados nativos digitales, donde los bebés aprenden a pasar fotos en una tableta antes que a hablar y donde el modo de entender la realidad virtual está muy lejos de ser virtual, sino que forma parte de sus vidas de la misma manera que el teléfono “fijo” o el coche han formado parte de la vida de sus padres.

Por ello es importante entender para la sociedad lo que implica la relación tecnocientífica en su modo de vida y, en todo caso, más que optimizar lo que se venía haciendo, dar un salto cualitativo en lo que es posible. El e-comercio fue la primera plataforma en tratar de aprovechar las posibilidades digitales en internet hasta tal punto que ya ninguna empresa con un mínimo de proyección se entiende sin su presencia en la Red.

Pero ese aprovechamiento ha de volcarse en beneficio de la ciudadanía a través de la e-gobernanza, e-administración, e-salud, etc. si seguimos el planteamiento de J.F. Álvarez: “El inadecuado funcionamiento de la Administración electrónica no es simplemente un problema de ineficiencia tecnológica, es el reflejo de una inadecuada comprensión de la transformación del marco socio-técnico y su incidencia en la conformación de las relaciones ciudadanos-Administración (...).

Mientras se considere que simplemente se trata de facilitar la información de manera más rápida, siempre pensaremos que lo que más puede ocurrir es cierto retraso en obtener la información, pero el cambio necesario es mucho más profundo. Hace falta avanzar en una transformación de las habilidades y capacidades de los grupos y esto sí que se daña con la ausencia de una adecuada planificación del e-gobierno (...). No se trata de pensar en viejos licores en odres nuevos sino pensar que también los contenidos y las funcionalidades se transforman en la nueva situación".

Este último párrafo es igualmente válido para la farmacia comunitaria. No se trata de hacer lo que hacemos con lápiz y papel más rápido o más fácil, sino de plantear los servicios desde la potencialidad de las nuevas tecnologías de la información (NTI). Se trata de una nueva galaxia de posibilidades de las que sólo estamos empezando a ver su potencial. Los retos en NTI de los próximos años en la farmacia comunitaria van a ir encaminados a:

- mejorar el uso racional del medicamento,
- potenciar los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) de salud pública,
- generar una nueva dimensión de alianza terapéutica con el paciente.

Mejora del uso racional del medicamento

La herramienta por excelencia para llevar a cabo una mejora del uso racional del medicamento en la prescripción y dispensación es la receta electrónica. Sin embargo, hasta la fecha y con honrosas excepciones la receta electrónica se ha planteado como una mera actualización encaminada a reducir la laboriosidad de lo que se venía haciendo. En definitiva, una herramienta destinada a disminuir el trabajo de los médicos al rellenar recetas y de los farmacéuticos al facturarlas, amén de minimizar errores de prescripción y dispensación. Ese ha sido el planteamiento de partida y, de hecho, uno de los principales precios a pagar por esta limitada concepción fue la fragmentación de los modelos de e-receta, al menos tantos como comunidades autónomas (CCAA) existen en España, en vez de generar un modelo unificado para todo el país. Poco a poco, nuevas funcionalidades se han ido aportando: bloqueo de dispensación por parte del farmacéutico cuando hay riesgo para el paciente, sustitución de medicamentos por otros de precio menor, comprobar agenda de cuándo toca nueva dispensación al paciente... Incluso en algunas regiones se han habilitado la historia farmacoterapéutica y sistemas de comunicación tipo SMS entre farmacéutico y médico. En la práctica todavía no nos hemos enterado de lo que la e-receta puede hacer por el paciente porque la seguimos concibiendo como un sustituto rápido de la receta en papel de la misma manera que en sus inicios el uso del móvil era un mero sustituto del teléfono fijo.

Un planteamiento avanzado de lo que puede convertirse la e-receta se encuentra en el informe de SEFAC *Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuestas de mejora*, realizado con la colaboración de ESTEVE, en el que se menciona:

- **Acceso a la historia clínica necesaria:** compartir la información, al menos sobre patología básica (enfermedades crónicas, alergias, intolerancias...), del paciente es imprescindible para generar sinergias entre profesionales. Este flujo no solo va del médico al farmacéutico sino también en sentido inverso al aportar el farmacéutico datos sobre medicamentos no sujetos a prescripción, fitoterapia, etc.
- **Sistemas de comunicación complejos dentro del equipo multidisciplinar** que permitan interactuar en tiempo real si es necesario entre farmacéuticos, médicos, enfermeras... El intercambio de documentos multimedia, los proyectos conjuntos, las teleconferencias, etc. serán funcionalidades habituales en la e-receta de la próxima década.
- **Integración de los distintos SPF relacionados con el uso racional del medicamento.** Las conciliaciones, los SFT, la práctica colaborativa... deben estar integrados en una plataforma interconectada entre profesionales que comparta las actuaciones sobre el paciente.
- **Interoperabilidad,** no solo entre regiones españolas de la receta electrónica sino entre los Estados de la Unión Europea (UE). La movilidad entre ciudadanos de la Unión se apoyará en que no haya que empezar de cero cuando uno se traslada, sino que lo que genera un beneficio al paciente pueda ser conocido y trabajado desde cualquier punto de la UE.
- **Personalización, derivación, convergencia...** son otras características que podremos disfrutar, esperemos que en unos pocos años. El desarrollo de la trazabilidad permitirá nuevas funcionalidades aún hoy por descubrir. Incluso la inmediatez en el pago de los medicamentos dispensados por los financiadores públicos y privados puede ser una propuesta firme en no mucho tiempo.

Potenciar los SPF de salud pública

Junto al uso racional del medicamento, la implantación e integración de servicios relacionados con la mejora de la salud pública es la otra pata de la farmacia asistencial. Las mismas características que se piden a las nuevas tecnologías en receta electrónica son atribuibles a las aplicaciones que deben apoyar el despegue de los SPF de salud pública. De esta forma estamos asistiendo en cuestión de meses al despliegue de muchas soluciones informáticas para cribados, toma de muestras, seguimiento de pacientes en disciplinas tan variadas como cesación tabáquica, hipertensión arterial, EPOC...

Sin embargo, la proliferación de aplicaciones, propia de un mercado emergente, debe dar paso a soluciones maduras, que podemos concretar en tres aspectos que hoy por hoy se encuentran orillados:

- **Integración de servicios:** no basta con que una aplicación o programa solucione una necesidad concreta, por muy bien que lo haga. Es imprescindible acudir a una integración de los datos del paciente, de forma que el farmacéutico comunitario pueda tener una práctica holística sobre todos los aspectos del mismo. De esta forma, una aplicación de control de cesación tabáquica, por ejemplo, debe poder integrar datos del seguimiento de hipertensión o del buen uso de los medicamentos que está utilizando y viceversa. Las grandes plataformas de soluciones informáticas integradas son el futuro en este sector y deberían empezar a ser el presente.
- **Gestión económica:** los SPF no pueden basarse, tampoco los de salud pública, en la voluntariedad o gratuidad ya que los profesionales generan valor añadido y desarrollo en los servicios que prestan precisamente porque son sostenibles. La gestión económica de los servicios es un aspecto al que normalmente no se le está prestando la debida atención en las incipientes soluciones informáticas actuales y que deben ser integrables con una cartera de servicios concertada, ya sean con entidades públicas o privadas.
- **Generadoras de conocimiento:** los SPF suponen una fuente de datos de los problemas de salud de los españoles de primera mano. La posibilidad de computar datos anonimizados y protegidos para generar proyectos y programas de investigación que mejoren el análisis y la búsqueda de soluciones es otro de los aspectos que hasta ahora no se han tenido en cuenta. La farmacia comunitaria puede y debe aportar en el marco de la I+D+i sanitaria y las NTI deben ser la herramienta que permita enlazar los hallazgos de miles de farmacéuticos comunitarios.

Alianza terapéutica con el paciente

La mayor parte de las aplicaciones informáticas está incorporando sistemas de comunicación con el paciente, bien sea por mensajes SMS, mensajes electrónicos o, incluso, por teleconferencia. En la práctica, lo que se está intuyendo es un nuevo escenario de relaciones con el paciente, donde la telecomunicación no será un elemento accesorio sino uno de los ejes sobre los que gire la actuación profesional. De hecho, los medicamentos sin receta ya pueden dispensarse de forma telemática y para garantizar que la calidad de esta dispensación tenga las mismas garantías que la dispensación 'in situ' SEFAC editó en 2014 su *Código ético para la dispensación de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica a través de sitios webs de las farmacias comunitarias*.

En la práctica, lo que se está intuyendo es un nuevo escenario de relaciones con el paciente, donde la telecomunicación no será un elemento accesorio sino uno de los ejes donde gire la actuación profesional

Las NTI forman parte de la vida cotidiana y si ya hoy es impensable ejercer de farmacéutico comunitario sin un ordenador, en breve lo será sin tener una plataforma digital de servicios interconectada con profesionales y pacientes

La cronicidad, el envejecimiento de la población y las nuevas costumbres presagian un modelo de farmacia comunitaria en el que, actuando desde la proximidad, la comunicación digital será constante, incluso en tiempo real, entre farmacéutico y paciente, permitiendo de esta forma complementar y ampliar su actuación.

Esta comunicación se centrará, por una parte, en el entrenamiento y seguimiento del paciente (vídeos multimedia, recordatorios, consejo telemático...) y, por otra, en la oferta de productos y servicios personalizados, ya sea por herramienta móvil, ordenador o televisión.

En cualquier caso, las NTI forman parte de la vida cotidiana y si ya hoy es impensable ejercer de farmacéutico comunitario sin un ordenador, en breve lo será sin tener una plataforma digital de servicios interconectada con profesionales y pacientes. Todas estas tecnologías están ya en la parrilla de salida y serán habituales en menos de un lustro pero existen multitud de tecnologías que aquí no se tienen en cuenta que acabarán teniendo impacto en las próximas décadas en la farmacia comunitaria de forma que es difícil prever a día de hoy: impresoras 3D, drones, robots de diagnóstico, las fascinantes nanomáquinas... Todas ellas van a revolucionar la forma en que practicamos la farmacia pero ninguna tecnología podrá sustituir el factor humano, ya que siempre hará falta un profesional bien formado que valide y mesure el potencial tecnológico frente a posibles riesgos de este despliegue, algunos de los cuales se ven ya en forma de cibercondría, adicción a las NTI, etc. La intervención de los profesionales sanitarios (incluidos los farmacéuticos) en el proceso de concepción, diseño, validación y recomendación de aplicaciones, programas informáticos y otras tecnologías dirigidas a mejorar la salud de la población deberá incrementarse en el futuro más próximo para evitar esos y otros riesgos y al mismo tiempo conseguir el máximo beneficio de las bondades de la tecnología.



Reto 5

La farmacia comunitaria en la atención sociosanitaria y domiciliaria

Si las previsiones se cumplen, en 2050 España será el tercer país más envejecido del mundo, con más de un 30 por ciento de personas mayores a las que atender, de las cuales el 11 por ciento tendrá más de 80 años

En España el 18 por ciento de la población tiene más de 65 años y, de estos, más del 6 por ciento supera los 80. Esto significa que, si las previsiones se cumplen, en 2050 España será el tercer país más envejecido del mundo, con más de un 30 por ciento de personas mayores a las que atender, de las cuales el 11 por ciento tendrá más de 80 años. Además, hay que añadir que el 87 por ciento de los mayores desea vivir en sus casas el mayor tiempo posible, pero cuando esto no es factible, o ellos o sus familiares toman la decisión de que lo hagan en un centro sociosanitario. La decisión no es sencilla, pero sin duda es necesaria.

La atención sociosanitaria en España fue definida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) como aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Sin embargo, y aunque llevamos años hablando de la cronicidad, no son los suficientes como para estar preparados para ella y es el gran problema al que se enfrentan las sociedades desarrolladas, que no han sabido ver hasta hora nada más que lo agudo, lo inmediato, lo urgente. La atención sociosanitaria y domiciliaria debe ser una prioridad para cualquier gobierno y en ella se deben coordinar de forma integrada y universal todas las necesidades sociales y sanitarias que tienen las personas dependientes.

Esta coordinación debe hacerse con una visión de futuro y no centrándose en las dificultades económicas actuales, ya que esto hará que cualquier proyecto fracase a medio o largo plazo, pues la cronicidad y el envejecimiento de la población debe verse con perspectiva y por ello es tan necesario plantearnos una situación real a 10, 20 o 30 años vista. Es necesario analizar la estructura social y sanitaria con la que se cuenta y dotarla de herramientas para que la gestión de las Administraciones, junto con el trabajo de los profesionales, haga que se optimicen los recursos.

Esta optimización no debe centrarse en que se haga de la forma más barata, sino la más eficiente, ya que lo que podamos estar ahorrando hoy puede ser una losa para lo que necesitemos mañana. La atención a los pacientes dependientes debe garantizar unos cuidados continuos que deben ir adaptándose a las necesidades que surgen en su evolución; es por tanto una atención dinámica y cambiante.

Por ello, y teniendo en cuenta el cambio sociodemográfico que ya se vislumbra, es necesario llevar a cabo un cambio urgente y no se puede continuar percibiendo el mantenimiento de la salud como una carga económica. Hay que centrar la atención en los pacientes con patologías crónicas, dependientes y vulnerables y potenciar e invertir en la prevención de la enfermedad y en la maximización de los años de vida saludable de la población. Una atención adecuada debe incluir el empoderamiento del paciente para que se involucre en el control de la enfermedad, de forma que las decisiones que adopte (tomar o no la medicación, mantener o no hábitos adecuados para su salud, etc.) sean correctas. Para conseguir esa implicación del paciente se necesitan profesionales sanitarios en los que el paciente confíe. Esta confianza debe permitir también identificar con rapidez el momento en que el paciente empieza a tener un mal control de su enfermedad para poder así actuar antes de que se produzcan consecuencias clínicas negativas.

A este cambio deben adaptarse también los profesionales sanitarios y aunque los cambios pueden asustar, una profesión que no avanza está abocada a desaparecer y eso puede pasar con la farmacia comunitaria. Es necesario que los farmacéuticos comunitarios den un paso adelante, como se ha hecho ya en muchas otras ocasiones (pasando de la elaboración a la dispensación y de ahí a la provisión de servicios profesionales, trabajando no solo en el mostrador sino sentándose con los pacientes e indagando sobre sus necesidades farmacoterapéuticas). Porque el farmacéutico comunitario tiene una ventaja respecto a otros profesionales: está ahí, cerca de la casa del paciente, en su barrio o pueblo, 24 horas al día y eso convierte a esta profesión en un referente sanitario de confianza.

La atención a la cronicidad y, más aún la sociosanitaria y domiciliaria debe hacerse desde la comunidad, cerca de los pacientes, de su entorno y familia y hasta en su domicilio (por motivos de falta de movilidad y dependencia) y no se puede hacer desde la atención hospitalaria (centrada en agudos). En ese marco la labor del farmacéutico comunitario es fundamental por ser un eje que aúna el conocimiento de la medicación del paciente, con sus particularidades sociales y familiares al ser un profesional de frecuencia habitual en el día a día. En este contexto, la atención que reciben los pacientes o las personas ingresadas en residencias debería amoldarse lo máximo posible a las condiciones de su entorno habitual.

Es decir, la atención en residencias no debería hospitalizarse, puesto que las necesidades de los pacientes y su atención son distintas a las de pacientes ingresados en hospitales.

Desde este punto de vista, hay que reivindicar el valor de la red de farmacias, que puede prestar un servicio adecuado sin necesidad de invertir recursos del sistema en una red paralela que preste un servicio farmacéutico sociosanitario. Todos estos planteamientos sobre el valor y el papel del farmacéutico comunitario en la atención domiciliar y sociosanitaria están recogidos en el *Manifiesto Abarán*, presentado por SEFAC en marzo de 2015.

No obstante, el farmacéutico comunitario no puede ni debe estar solo en este ámbito; necesita integrarse en el equipo de salud con otros profesionales y otros niveles. En la optimización de los tratamientos farmacoterapéuticos debe contar con los demás a los que, sin duda, tiene mucho que aportar, pero también mucho de lo que aprender y compartir. Sin ir más lejos están los farmacéuticos hospitalarios, que atienden a los pacientes ingresados por problemas complejos y graves con medicamentos hospitalarios y especiales y a los que hay que “ayudar” en el conocimiento de la medicación que el paciente ha estado tomando antes de ser ingresado y darle la continuidad farmacoterapéutica una vez que recibe el alta. De ahí que SEFAC y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) hayan estrechado lazos para conseguir este objetivo común. Pero también están los farmacéuticos de primaria, que sin interaccionar directamente ni conocer a los pacientes, tienen una visión global de la farmacoterapia que se utiliza en la población y acceso a información y conocimientos que deben servir a todos, no sólo a las Administraciones ni a los médicos, para optimizar de forma global los recursos que gracias a ellos se pueden reconducir.

Por tanto, es necesario potenciar desde las Administraciones y con los profesionales una continuidad asistencial real y efectiva, que favorezca una atención multidisciplinar en la que la coordinación entre los distintos niveles asistenciales sea dinámica y fluida. A todo esto, hay que darle una dimensión ética en la que, siendo el paciente el eje de las actuaciones, cada profesional que trabaja por él sepa cuáles son sus funciones y cuáles las de los demás. Tal y como recoge el *Código Ético de la Farmacia Comunitaria*, publicado por SEFAC, “el trabajo en equipo debe estar fundamentado en el principio de confianza, en virtud del cual se puede presumir que todos los integrantes están actuando correctamente mientras no haya ningún factor que permita entender lo contrario”. Esto debe hacerse sin egos ni miedos a contar con los demás, para lo que será necesario contar con herramientas de comunicación, guías clínicas consensuadas y compartidas utilizando como eje de unión la historia clínica integral sanitaria y social.

Es de vital importancia que la farmacia comunitaria sea tomada en cuenta por la Administración en aquellas iniciativas enfocadas a dar una respuesta eficaz y eficiente al reto de la atención sociosanitaria

Retos del farmacéutico comunitario

La atención farmacéutica sociosanitaria y domiciliaria es un cambio que ya ha llegado. La forma actual de entender la farmacia que tiene la profesión debe cambiar, para que otros agentes cambien también la forma en la que ven a las farmacias.

Para atender a los pacientes sociosanitarios o domiciliarios con patologías crónicas, que sin duda son los más frágiles y vulnerables, los farmacéuticos comunitarios necesitan una buena preparación. Hay que saber que los servicios que necesitan estos pacientes no son los mismos, o sí, que el de otros pacientes y ahí es donde es necesario concentrarse y prepararse, porque no todos los farmacéuticos están ni deben hacerlo todo, pero sí hay que tener claro qué es lo que hay que hacer y cómo hacerlo.

La actividad del farmacéutico comunitario ya no se centra prioritariamente en el medicamento, se centra fundamentalmente en el paciente. El binomio profesional-comercial hace que esto sea complicado, pero éste es el cambio que pide la sociedad. Una farmacia de servicios profesionales orientados al paciente y sus necesidades no es que sea deseable, es que es obligatoria en el caso de la atención a pacientes sociosanitarios y domiciliarios.

La labor de la farmacia comunitaria en la atención a estos pacientes no puede limitarse a una simple dispensación a los centros o los domicilios.

Lo primordial es la integración en el equipo de trabajo, hacer equipo con el médico, con enfermería, auxiliares y trabajadores sociales en el caso de las residencias y también con los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, que forman parte de la atención que reciben los pacientes.

Cada uno haciendo lo suyo, pero compartiendo información y optimizando los recursos tanto profesionales como económicos. Es de vital importancia que la farmacia comunitaria sea tomada en cuenta por la Administración en aquellas iniciativas enfocadas a dar una respuesta eficaz y eficiente al reto de la atención sociosanitaria. Es el caso de la Estrategia de atención y coordinación sociosanitaria, cuyos trabajos se iniciaron en 2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con las comunidades autónomas y que hasta ahora no concede al farmacéutico comunitario el papel que merecería por sus características y valor.

La ausencia o exclusión de la farmacia comunitaria sería un lujo que el sistema no debería desaprovechar si quiere afrontar el reto mayúsculo que supone la atención sociosanitaria.

Servicios básicos en la atención sociosanitaria

En este nuevo marco, los servicios básicos que debería ofrecer una farmacia comunitaria en la atención sociosanitaria serían:

1. Procedimientos de trabajo para la gestión de la accesibilidad al medicamento que comprende el suministro, almacenamiento y distribución de la medicación. Esto es algo básico inherente en la actividad del farmacéutico; asegurar que el paciente acceda a los medicamentos correctamente conservados y almacenados.
2. Servicio de revisión de botiquines y del uso de la medicación (RUM) para prevenir, detectar y resolver posibles problemas relacionados con el proceso de uso de los medicamentos (PRM).
3. Servicio de seguimiento farmacoterapéutico.
4. Servicio de preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) con el fin de mejorar la administración de los medicamentos a los pacientes que residen, acuden a los centros sociosanitarios o viven en su domicilio y lo requieren.

Otros servicios

El farmacéutico comunitario debe estar en disposición de prestar cualquier otro servicio profesional de su ámbito que satisfaga las necesidades sanitarias y farmacoterapéuticas personales de cada paciente. Cuando el paciente no puede acudir a la farmacia comunitaria a recibir estos servicios para satisfacer sus necesidades farmacoterapéuticas, el farmacéutico comunitario debe acudir a prestárselos en su domicilio o residencia.

La equidad entre los pacientes no sólo hay que asegurarla entre comunidades autónomas, sino también en los diferentes ámbitos asistenciales. Por tanto, cualquier servicio farmacéutico que requiera el paciente en el entorno de la atención primaria y para el que no pueda acceder a la farmacia comunitaria ha de ser prestado por ésta en su residencia.

El desarrollo de otros servicios complementario dependerá, como en otras profesiones, de los conocimientos de los profesionales que trabajen en la farmacia. El abanico es amplio, desde la atención a patologías como la diabetes, cardiovasculares o respiratorias pasando por otras como dolor hasta servicios como la nutrición, ortopedia u óptica.

Lo que sí debe ser una prioridad, tanto para la profesión como para la Administración, así como para las empresas que dirigen residencias tanto concertadas como privadas (sería deseable que lo consideraran las públicas), es que la atención domiciliaria y sociosanitaria que se le provea se concierte buscando sobre todo la calidad, y los servicios profesionales se les ofrezcan desde una cercanía relativa y lógica.

Reto 6

Presencia y participación de los farmacéuticos comunitarios en estrategias del SNS, barómetros y observatorios sanitarios

A pesar de las muchas dificultades recientes, España ha sido capaz de poner en pie un buen sistema de salud gracias a su cobertura universal y equitativa, a su amplia cartera de servicios, que incluye procedimientos sanitarios con un alto nivel tecnológico y a su control de los indicadores de salud

Cada persona, a lo largo de su vida como paciente, tendrá que acudir a distintos profesionales sanitarios: médicos, enfermeros, farmacéuticos, analistas, psicólogos, etc. Todos esos profesionales componen el equipo de salud y todos juntos, incluido el paciente, forman una verdadera tela de araña, en la que cada uno tienen su papel: diagnóstico, prescripción, establecimiento de una estrategia terapéutica, dispensación, seguimiento y consejo terapéutico o farmacoterapéutico, realización de pruebas diagnósticas, cumplimiento terapéutico y autogestión de los problemas de salud, etc.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) dispone de una amplia cartera de servicios que la Ley 16/2003, de cohesión y calidad establece de cobertura universal, y en la que se determina que la asistencia sanitaria pública se debe extender a toda la población. Así mismo establece la equidad como principio general del SNS, entendida ésta como la garantía de que el acceso a las prestaciones sanitarias se realizara en condiciones de igualdad efectiva. Dicha ley otorga una especial relevancia al concepto de salud, que debe promocionarse ya que es fundamental plantear acciones no solo para la conservación de la salud sino para la prevención de la enfermedad.

En la actualidad nuestro sistema sanitario ha conseguido alcanzar gran parte de los objetivos que se marcan en la ya citada Ley de cohesión y calidad del SNS y, a lo largo de las dos últimas décadas y a pesar de las muchas dificultades recientes, España ha sido capaz de poner en pie un buen sistema de salud gracias a su cobertura universal y equitativa, a su amplia cartera de servicios, que incluye procedimientos sanitarios con un alto nivel tecnológico y a su control de los indicadores de salud. Con todos estos logros, alcanzados también gracias al buen hacer y conocimientos científicos de los profesionales sanitarios, la sanidad española se enfrenta, día a día, a los problemas de salud y a las consecuencias que estos tienen en los pacientes, sus familias y, cómo no, la sociedad.

En este abordaje de la salud de los ciudadanos también influye decisivamente la descentralización del SNS iniciada en 2002. Desde entonces las comunidades autónomas disponen de las competencias sanitarias previstas en el ordenamiento jurídico español.

Esta descentralización se ideó como un elemento que contribuyese a asegurar que los servicios sanitarios públicos dieran una respuesta más rápida y cercana a las necesidades de salud de los ciudadanos, de los pacientes y de los usuarios, permitiendo que desde las autonomías se pudiesen tener en consideración las peculiaridades específicas de los territorios en los que se asienta la actuación de esos servicios. Sin embargo, este proceso ha acabado generando en la actualidad un modelo con 17 sistemas sanitarios distintos que en no pocos momentos apoyan sus decisiones en motivos políticos y económicos, especialmente en estos años de crisis, lo que en la práctica provoca que no todos los ciudadanos sean tratados como iguales.

A esto hay que añadir que en la atención diaria al paciente hay situaciones en las que el avance en la prestación sanitaria parece más complejo, ya que durante décadas cada profesional ha trabajado de manera individual, intentando mejorar los problemas de salud del paciente desde sus posibilidades y conocimientos, pero dependiendo de su buena disposición y confiando en la de otros profesionales con los que no existía o era difícil una comunicación fluida y un consenso sobre cómo actuar. Esto se ha venido realizando repartiendo responsabilidades según las habilidades y conocimientos de cada profesional sin contar con un método sencillo para comunicarse y compartir la información clínica necesaria para realizar su cometido, sin un sistema de conciliación de la medicación o un seguimiento de la medicación sistematizado. Todos estos problemas son aún más palpables en la medicina privada, a la que —cada vez más— acude un gran número de personas. El desentendimiento, a veces por falta de regulación y otras veces por exceso, de la Administración sanitaria respecto de todo aquello que trasciende su estructura pero que interacciona con ella es, en muchas ocasiones, un escollo para el adecuado funcionamiento del sistema sanitario.

Esta situación provoca en los pacientes, con frecuencia, no solo desconfianza sino también problemas para entender cómo gestionar su enfermedad y tratamiento. El sistema sanitario debe tender a conseguir que el paciente sea el protagonista, pero éste en realidad se siente en muchas ocasiones perdido. Uno de los grandes retos de los sistemas sanitarios es la orientación de sus recursos y del trabajo de sus profesionales hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica para asegurar los mejores cuidados de los ciudadanos. Para lograrlo, la mejor manera es contar con estos profesionales, sus conocimientos y su experiencia.

En este marco, sin duda uno de los grandes hitos fue el Plan de Calidad para el SNS que comenzó en 2006 para responder a la necesidad de analizar tanto las necesidades de los pacientes como la de los profesionales sanitarios de cara a la consecución de un sistema justo y universal.

La farmacia comunitaria es un establecimiento privado de servicio público que comparte una faceta sanitaria con la empresarial. Esta situación peculiar hace que su consideración dentro del equipo de salud y su posicionamiento dentro del SNS sea compleja y muchas veces poco entendida y reconocida

Entre sus grandes objetivos los más destacados fueron la protección, prevención y promoción de la salud y hábitos de vida saludables, buscando la equidad mediante el impulso de políticas de salud basadas en las mejores prácticas clínicas y adecuando los recursos humanos a las necesidades de los servicios sanitarios.

Este plan fomentó la excelencia clínica mejorando la seguridad del paciente y la atención que este necesita orientándola según las patologías más prevalentes y sin olvidarse de la investigación en las enfermedades raras. Todo esto potenciando e impulsando el uso de la tecnología y el desarrollo de herramientas que faciliten el trabajo tanto de las Administraciones como de los profesionales.

Bajo este paraguas ministerial surgen las estrategias del SNS, guías clínicas y otros documentos de consenso en los que participan tanto sociedades científicas como asociaciones de pacientes y comunidades autónomas. Estas estrategias buscan adecuar las necesidades de los pacientes a los recursos tanto económicos como profesionales que cada autonomía tiene, pero siguiendo unas pautas definidas y consensuadas por todos que, evidentemente, se van desarrollando de forma diferente y a diferentes ritmos.

¿Qué papel juega el farmacéutico comunitario en todo ello?

La farmacia comunitaria es un establecimiento privado de servicio público que comparte una faceta sanitaria con la empresarial. Esta situación peculiar hace que su consideración dentro del equipo de salud y su posicionamiento dentro del SNS sea compleja y muchas veces poco entendida y reconocida tanto por pacientes como por otros sanitarios o la propia Administración.

La realidad es que el trabajo del farmacéutico comunitario desde la aparición de los envases comerciales de medicamentos tiene, ante algunos, la consideración de mero dispensador de fármacos, aunque, en realidad, tiene muchas posibilidades de intervenir con los pacientes. Esta participación en el equipo de salud se pone en práctica a diario por muchos farmacéuticos que han adoptado el cambio de paradigma en la atención sanitaria pasando de centrar su trabajo en el fármaco a controlar la efectividad y seguridad del medicamento en el paciente.

SEFAC ha tenido claro, desde su creación, que el farmacéutico forma parte del equipo de salud del paciente y ayuda a todos sus socios a implementar la práctica de los servicios profesionales, el consejo farmacéutico, el cribado de enfermedades, el seguimiento farmacoterapéutico, etc. para mejorar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos y la autogestión de las enfermedades crónicas.

Esto se debe en parte a que es el profesional sanitario que está más en contacto con los pacientes gracias a su accesibilidad y a que desde la instauración de la receta electrónica el paciente acude a la farmacia más veces que al centro de salud. Por eso, SEFAC siempre ha considerado a la farmacia comunitaria como parte del sostén del sistema sanitario y ha luchado porque esté presente en todos los mecanismos que establece el SNS para beneficio de los ciudadanos.

El posicionamiento de un colectivo profesional ante la sociedad, ante otros colegas y ante la Administración es uno de los objetivos fundamentales de una sociedad científica. En el caso de SEFAC, en representación científica del farmacéutico comunitario, este posicionamiento significa un verdadero reto no exento de dificultades y polémicas, ya que a la farmacia se la ha visto, en muchos casos, como una empresa comercial más que como un servicio asistencial dirigido a la población en el ámbito de la atención primaria y sociosanitaria, y al farmacéutico más como un mero dispensador de medicamentos que como un profesional que vela por la salud de los pacientes con enfermedades agudas o crónicas.

Como complemento al trabajo de otros agentes del sector, como los colegios profesionales, SEFAC ha conseguido en este campo avances relevantes, ya que ha sido capaz de hacer ver, tanto a los farmacéuticos comunitarios como a otros colectivos y a la Administración, que desde la farmacia comunitaria se puede contribuir a mejorar los resultados de salud de la población y que la colaboración entre todos los profesionales es un puente entre la ciencia y la sociedad. En 2012 los farmacéuticos comunitarios de mano de su sociedad científica comienzan a estar y ser oídos en estrategias ministeriales en las que antes ni figuraban, lo que supone un gran logro que ha conllevado un gran esfuerzo y una gran tenacidad para que en todas las estrategias a partir de ese momento reconozcan esta labor asistencial y el papel en el día a día con los pacientes y en la evolución de sus enfermedades.

La existencia de una sociedad científica como SEFAC ha contribuido también a ofrecer al resto de profesionales un interlocutor científico y ha permitido la participación en estrategias como la de abordaje de la cronicidad (y todo lo relacionado con el dolor crónico), enfermedades neurodegenerativas, seguridad del paciente, etc.

A pesar de las dificultades, en los últimos años se ha trabajado por incluir de forma activa la figura de los farmacéuticos comunitarios en estas acciones. La existencia de una sociedad científica como SEFAC ha contribuido también a ofrecer al resto de profesionales un interlocutor científico y ha permitido la participación en estrategias como la de abordaje de la cronicidad (y todo lo relacionado con el dolor crónico), enfermedades neurodegenerativas, seguridad del paciente, etc., así como en otras iniciativas inconcebibles sin la participación de los farmacéuticos comunitarios como el *Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos*, promovido por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y en la elaboración de guías y documentos de práctica clínica (uso seguro de opioides, etc.).

Otro elemento importante en el que hay que trabajar es en la inclusión habitual de la figura del farmacéutico comunitario en todas aquellas encuestas, observatorios y barómetros sanitarios que teóricamente sirven para evaluar y medir la labor de los profesionales sanitarios y la percepción que la población tiene al respecto, y entre los cuales no se encuentra la palabra farmacia ni al farmacéutico comunitario, como si no existiera y no contribuyese a nada relacionado con la salud en el sistema sanitario.

Consciente de la trascendencia de este hecho, SEFAC ha firmado recientemente un convenio con la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (que integra a más de una veintena de asociaciones de pacientes de toda España) para que, por primera vez este año, se incorporen en su barómetro anual (Barómetro *EsCrónicos*) aspectos que sirvan para valorar la labor de los farmacéuticos comunitarios por parte de los pacientes.

De cara al futuro

En definitiva, y aunque todavía mucho queda por hacer, la participación e inclusión del farmacéutico comunitario en este tipo de instrumentos es esencial para que sea reconocido en igualdad de condiciones que el resto de integrantes del sistema sanitario. No obstante, todas las acciones promovidas por sociedades científicas como SEFAC u otros agentes del sector que abogan por la integración en los equipos de salud por el bien de los pacientes no dependen sólo de la buena disposición de las Administraciones, también dependen de los propios farmacéuticos y de los aliados en salud. Por eso es primordial crear alianzas y convenios de colaboración tanto con otras sociedades científicas médicas y farmacéuticas como con universidades y colegios profesionales y asociaciones de pacientes.

La realidad es que el farmacéutico comunitario es un eslabón fundamental del sistema de salud y hay que seguir trabajando por la integración en el mismo porque el paciente lo necesita y la sociedad también. El reto está en la cancha farmacéutica y se acepta como tal, pero también es necesario que otros lo acepten. Para ello cada uno tiene que saber qué hace, dónde está y hacia dónde va y es fundamental que los distintos profesionales sanitarios se conozcan, sepan quién es cada uno, se respeten y se coordinen, porque si hoy esto es importante, en los próximos años lo será aún más.



Reto 7

Formación continuada, implantación de un desarrollo (carrera) profesional y recertificación de los farmacéuticos comunitarios

Uno de los objetivos de SEFAC como sociedad científica es promover un sistema de mejora continua en educación y evaluación del conocimiento profesional del farmacéutico comunitario con el objetivo de garantizar cada día un mejor servicio farmacéutico para los pacientes y usuarios

En la actualidad, con las transformaciones y avances que se producen en el mundo, es muy importante que un profesional sanitario actualice sus conocimientos. Poseer el título de graduado o licenciado en Farmacia otorga una formación básica pero no es suficiente para estar al día en la profesión farmacéutica. La obsolescencia, el tiempo transcurrido desde el final de la licenciatura o el grado, la aparición de nuevos medicamentos, el aumento de los conocimientos sobre su uso y efectos adversos, las nuevas tecnologías, los nuevos procedimientos de actuación para el tratamiento y control de las patologías, los nuevos servicios profesionales, etc. justifican la necesidad de la formación continua de los farmacéuticos comunitarios.

Formación continuada

La formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios. Se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y está destinada a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario (según establece la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, LOPS).

A pesar de la existencia de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias constituida por la LOPS en 2003, hasta el momento las distintas iniciativas en formación continuada del farmacéutico comunitario han sido llevadas a cabo por organizaciones colegiales, sociedades científicas, universidades y organizaciones empresariales y sindicales. Uno de los objetivos de SEFAC como sociedad científica es promover un sistema de mejora continua en educación y evaluación del conocimiento profesional del farmacéutico comunitario con el objetivo de garantizar cada día un mejor servicio farmacéutico para los pacientes y usuarios. Sin embargo, la formación continuada de los farmacéuticos comunitarios sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro sistema sanitario. Al igual que en otras profesiones, esta formación es voluntaria, de forma que los farmacéuticos comunitarios que deciden formarse —si bien disponen de una gran oferta formativa— no siguen un plan de formación homogéneo, práctico y adaptado a la práctica farmacéutica y a la realidad sanitaria de la población a la que atienden.

SEFAC, a través de una comisión creada al efecto, presentó en 2012 una propuesta pionera de carrera profesional para el farmacéutico comunitario. Su objetivo fue proporcionar al farmacéutico comunitario un reconocimiento público expreso de su ejercicio profesional, como incentivo para su mejora continua

De hecho, entre los objetivos y retos específicos de SEFAC está hacer un plan de formación continuada específico para los farmacéuticos comunitarios.

Desarrollo profesional

Un farmacéutico puede comenzar su andadura profesional en la modalidad de ejercicio profesional de farmacia comunitaria indistintamente como adjunto, titular o regente, únicamente con el reconocimiento del título que le otorga una universidad y sin ninguna otra experiencia previa o formación complementaria. Idealmente, los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante un proceso de entrenamiento teórico y práctico específico en el lugar donde va a ejercer serían la mejor garantía de su idoneidad y competencia para prestar sus servicios como profesional en la farmacia comunitaria a la población en el ámbito de la atención primaria. Con el tiempo, debido a múltiples factores, los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos se olvidan, degradan y quedan desfasados, provocando una disminución en la calidad del servicio profesional.

En la actualidad, varias comunidades autónomas tienen establecidos modelos de desarrollo profesional para los empleados sanitarios de sus servicios de salud (entre ellos, farmacéuticos de hospital y de atención primaria). También los farmacéuticos que trabajan en organismos gubernamentales y universidades disponen de un desarrollo profesional específico. Sin embargo, no existe para la farmacia comunitaria en España ningún modelo similar que posibilite la promoción profesional del farmacéutico comunitario ni de los profesionales sanitarios que en ella trabajan. El desarrollo profesional continuo (DPC) contribuye a que los profesionales que gozan del reconocimiento de sus cualificaciones profesionales ejerzan su actividad de forma segura y eficaz. Sin embargo, tanto la práctica farmacéutica como las iniciativas formativas que los profesionales sanitarios voluntariamente adquieran a lo largo de su vida laboral no tienen reconocimiento profesional oficial alguno. En definitiva, no existe un reconocimiento profesional oficial que certifique su dedicación, formación adicional, experiencia o la adquisición de competencias en el ejercicio asistencial en la farmacia comunitaria.

Este vacío puede provocar que el farmacéutico comunitario se deje llevar por la rutina y la desmotivación por mejorar su cualificación profesional. El desarrollo profesional continuo debe abarcar la evolución técnica, científica, normativa y ética, así como motivar a los farmacéuticos para que participen en formaciones de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión. En respuesta a ello, SEFAC, a través de una comisión creada al efecto, presentó en 2012 una propuesta pionera de carrera profesional para el farmacéutico comunitario. Su objetivo fue proporcionar al farmacéutico comunitario un reconocimiento público expreso de su ejercicio profesional, como incentivo para su mejora continua.

La carrera profesional, de acuerdo con la LOPS, se basaba en la definición de cinco niveles en el ejercicio profesional (nivel inicial, FC1, FC2, FC3 y FC4) que irían unidos a la acreditación de los méritos alcanzados en las distintas áreas de valoración que se proponen: experiencia (años de ejercicio, prestación de servicios), formación (maestrías, doctorados, especialidades, formación continuada), investigación (publicaciones, comunicaciones a congresos), laborales asistenciales y de atención farmacéutica, participación en programas y campañas de educación para la salud, integración en equipos multidisciplinares, etc. Cada nivel llevaría inherentes las atribuciones, retribuciones y responsabilidades que le correspondieran. Las acreditaciones para acceder a los niveles serían reguladas y tuteladas por una comisión *ad hoc* constituida por representantes de todas las entidades relacionadas con la farmacia comunitaria: SEFAC, Ministerio de Sanidad, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Universidad, asociaciones de adjuntos, sindicatos y asociaciones empresariales. Sobre éstas últimas recaería la labor de acordar las mejoras económicas inherentes a cada nivel.

La Comisión Nacional de Desarrollo Profesional en Farmacia Comunitaria sería la encargada de establecer la estrategia de implantación de este desarrollo profesional, aplicar los procedimientos de evaluación, gestionar las solicitudes de acceso a los diferentes niveles, así como resolver todos aquellos problemas que pudieran surgir en su implantación.

Esta propuesta podría servir para el reconocimiento oficial de diversos perfiles profesionales. Su potencial recorrido y alcance podrían también extenderse a la aportación de elementos objetivos, valorables y baremables para mejorar los sistemas de acceso a la titularidad de las farmacias. Sus niveles y criterios de promoción pueden ser equivalentes —o sustitutivos— a los méritos que actualmente componen los baremos de adjudicación de nuevas farmacias, que a veces son excesivamente heterogéneos y contienen méritos que no están orientados a elegir a los mejores candidatos para dicho ejercicio profesional (algo que no sucede en ningún otro baremo conocido). La aplicación de los criterios específicos de promoción que incluye la propuesta de SEFAC propiciaría unos baremos más uniformes, equilibrados, objetivos y justos para los fines buscados.

El modelo propuesto por SEFAC se caracterizaba por su voluntariedad (corresponde al farmacéutico decidir su incorporación al mismo), progresividad (al acceso a los niveles requiere de un grado de exigencias progresivamente mayor), objetividad (la medición de los parámetros se basa en criterios objetivos) y flexibilidad (los criterios exigibles pueden adaptarse a los cambios o nuevos requerimientos de la profesión).

Tras la publicación de esta propuesta, SEFAC cedió el testigo a las diferentes organizaciones y entidades representantes de los farmacéuticos comunitarios en sus distintos ámbitos para que, utilizando esta propuesta como referencia, fueran capaces de lograr su aplicación real y efectiva.

Los modelos de recertificación de los profesionales sanitarios surgen pues como garantes de que éstos mantienen las competencias requeridas para desempeñar su ejercicio profesional correctamente durante su vida laboral

Sin embargo, a día de hoy y a pesar de que SEFAC se brindó a colaborar en su mejora, desarrollo e implantación, la realidad es que no se ha logrado su consecución.

Es por tanto prioritario retomar la implantación de este modelo en la farmacia comunitaria.

Recertificación

Cada vez hay un mayor número de farmacéuticos con una gran variabilidad en la calidad de los conocimientos y en la experiencia en la práctica farmacéutica. Además, no existe un modelo de formación continuada para el farmacéutico comunitario que favorezca los procesos de actualización de forma homogénea y aproveche los avances científicos que se están produciendo para mejorar la atención farmacéutica que recibe la población.

Hay diferentes formas de garantizar que la realización de estos procesos de actualización sea una realidad. Una de ellas es a través de los procesos de recertificación o "Maintenance of Certification". Este es un proceso que en otros países se realiza hace años. En Estados Unidos se inició en el año 1933 y se realiza a través de los conocidos "Boards". En Europa y otros países de América Latina también existen modelos de "Boards" y recertificación aunque con diferencias. La implantación de este proceso de recertificación no suele estar exenta de dificultades, sin embargo, han sido las sociedades científicas profesionales las que siguiendo los ejemplos de otros países y conscientes de su responsabilidad social han impulsado y garantizado su funcionamiento.

Los modelos de recertificación de los profesionales sanitarios surgen pues como garantes de que éstos mantienen las competencias requeridas para desempeñar su ejercicio profesional correctamente durante su vida laboral. Normalmente para lograr la recertificación el profesional sanitario debe certificar durante un tiempo determinado (5-6 años) su práctica clínica diaria y otras actividades formativas complementarias como la asistencia a congresos, cursos, entrenamientos, publicaciones, etc. La recertificación no trata de "examinar" a los farmacéuticos sino de renovar sus competencias específicas, que garanticen la cualificación para el ejercicio profesional tanto para la sanidad pública como privada y decir periódicamente qué profesionales están capacitados para ejercer y cuáles no.

Si a la ausencia de una formación continuada específica para el farmacéutico comunitario se le añade la falta de una carrera o desarrollo profesional continuado, se entenderán mejor las causas que justifican el por qué es necesaria en nuestro país la recertificación del farmacéutico comunitario.

No obstante, la LOPS en 2003 en su artículo 4, que habla de los principios generales, establece que "los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional".

Pero, además, España al pertenecer a la Unión Europea (UE) asume el principio de la libre circulación de profesionales entre los diferentes Estados miembro. El buen funcionamiento del sistema de reconocimiento de los profesionales por los Estados miembro depende de la confianza en las condiciones de formación que sustentan las cualificaciones de los profesionales.

Las cualificaciones profesionales deben compararse a las cualificaciones profesionales requeridas en el Estado miembro de acogida sobre la base de los niveles de cualificación profesional previstos en la Directiva 2005/36/CE. Estos niveles deben tener en cuenta los conocimientos, las capacidades y las competencias adquiridos por el profesional a lo largo de su experiencia profesional o mediante el aprendizaje permanente, validados formalmente a tal fin por un organismo competente. En esta línea, en noviembre de 2014 se aprobó la Directiva de la UE de Cualificaciones Profesionales 2013/55/UE, que establece la recertificación universal y obligatoria de los profesionales de la salud para 2017; en concreto para aquellos que ejerzan las profesiones reguladas que tengan implicaciones para la salud o la seguridad públicas, como es el caso de los farmacéuticos, médicos, enfermería, etc.

En España el colectivo médico ya ha comenzado a prepararse y varias sociedades científicas médicas ya han suscrito convenios de colaboración en materia de validación y recertificación profesional de la competencia y aptitud de sus respectivas especialidades. Con estos se pretende que el ejercicio de la medicina garantice a la sociedad en general y al paciente en particular que los médicos que dispongan de la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) reúnan los estándares para ejercer como médicos, así como los de las competencias específicas de estos especialistas. La VPC es el programa de carácter universal y obligatorio que la Organización Médica Colegial (OMC) ha puesto en marcha hace un año para:

- certificar la buena praxis médica, es decir, que no tiene expediente deontológico,
- acreditar que se encuentra en aptitud psicofísica idónea para la atención de los pacientes,
- certificar la vida laboral en la empresa en la que trabaja y
- demostrar su Formación Médica Continuada (FMC) y su Desarrollo Profesional Continuo (DPC), aunque este último apartado es de carácter voluntario.

En el caso médico, la VPC se realizará cada 6 años, no tendrá carácter punitivo y en caso de que el médico no consiga superar la prueba entrará automáticamente en un programa de mejora. Sin embargo, la falta de una normativa de carácter vinculante que contemple la VPC es, a día de hoy, una tarea pendiente del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La OMC se encargará de certificar que el profesional es médico gracias al Registro de Profesionales, actualmente en pleno desarrollo por los colegios profesionales, puesto que, si todos los profesionales tienen la obligación de colegiarse, es el organismo más adecuado. Asimismo, la acreditación de su aptitud psicofísica para la atención de los pacientes también correrá a cargo de la institución médica junto a la certificación de la buena praxis profesional. Las sociedades científicas se encargarán de fijar los estándares de formación continuada, es decir, validar o comprobar que el médico tiene las competencias profesionales para el ejercicio de su profesión.

En esta misma línea, SEFAC quiere avanzar en la creación de un modelo propio de recertificación profesional del farmacéutico comunitario, pues comparte la necesidad social de que su desarrollo profesional debe estar evaluado. En nuestra opinión cada sociedad científica debería trabajar conjuntamente con los representantes colegiales para elaborar un formato similar que se implante de manera uniforme, de forma que un alto porcentaje de la validación debería ser común para todos los farmacéuticos, y cada especialidad elaboraría sus criterios específicos.

Actualmente el farmacéutico comunitario desconoce esta situación y el plazo para llevarla a cabo, y aunque no está todavía obligado a realizar el proceso de validación, el marco asistencial actual relacionado con los servicios profesionales hace imprescindible arbitrar los sistemas de acreditación. Por otro lado, a falta de la legislación nacional, el plazo establecido por la directiva comunitaria para recertificar a los profesionales sanitarios cumple en 2017. Es por esto que se antoja como un reto inmediato de la profesión farmacéutica abordar este nuevo escenario.



Reto 8

Creación y desarrollo de la especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria

En el caso de la farmacia comunitaria el campo concreto de la especialidad son las actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos en el ámbito de la atención primaria. Estas actividades son los servicios profesionales farmacéuticos que se realizan mediante los procedimientos de atención farmacéutica y que se enmarcan en la práctica farmacéutica

Hoy en día el grado en Farmacia es una titulación que habilita para el ejercicio profesional en diferentes modalidades. Una vez se obtiene, para que el graduado en Farmacia pueda desempeñar un puesto de trabajo en cualquiera de esas modalidades suele necesitar adquirir competencias específicas en cada uno de esos puestos. En el caso de la farmacia comunitaria, y aunque se puede acceder a un puesto de trabajo sin formación específica, la realidad de la práctica farmacéutica demuestra que es necesario en el ámbito de la atención primaria adquirir competencias adicionales para atender las necesidades asistenciales de la población en farmacoterapia y salud pública. De igual forma ocurre con las especialidades a las que puede acceder un farmacéutico a través del sistema FIR (Farmacéutico Interno Residente).

La especialización en la farmacia comunitaria surge al igual que ocurre en la especialización médica, cuando a) se aúna un saber que permite deslindar con precisión el campo concreto de la especialidad (conjunto de enfermedades o de técnicas); b) una agrupación de habitantes que puedan recibir los cuidados; c) el trabajo en exclusiva de los profesionales sobre ese campo, y d) la existencia de una sensibilidad social acusada acerca de la importancia de dicho campo. En el caso de la farmacia comunitaria el campo concreto de la especialidad son las actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos en el ámbito de la atención primaria. Estas actividades son los servicios profesionales farmacéuticos que se realizan mediante los procedimientos de atención farmacéutica y que se enmarcan en la práctica farmacéutica.

A través de la práctica farmacéutica, el farmacéutico comunitario hace entrega de sus conocimientos, habilidades y actitudes sobre el uso racional de los medicamentos a los pacientes de la sociedad. La misión de la práctica farmacéutica es llevar a cabo la atención profesional farmacéutica, que se centra en actitudes, conducta, compromisos, ética, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas en la provisión de la terapéutica de los medicamentos con el objetivo de lograr resultados tendentes a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Históricamente la función profesional asociada a tal práctica implicaba la preparación del medicamento y su dispensación al paciente.

Otra prueba de la necesidad de un sistema de formación especializado en el ámbito de la farmacia comunitaria es la existencia de numerosos cursos de formación de postgrado, diplomas y maestrías que actualmente pretenden cubrir esta necesidad formativa (desarrollar la labor profesional en el ámbito asistencial)

En la actualidad, como ya se ha comentado anteriormente, la profesión farmacéutica ha desarrollado nuevas funciones y responsabilidades en respuesta a la eficacia, potencia, precisión, riesgo y coste de la terapia de los medicamentos. El alcance de las actividades incluye hoy día la participación en el proceso de toma de decisiones acerca de la terapia. Estas funciones son soporte del uso racional terapéutico de los medicamentos y están dirigidas hacia el paciente.

Así pues, la filosofía que sustenta la práctica farmacéutica es la atención farmacéutica y ésta se realiza en el lugar donde se llevan a cabo las actividades que centran su cometido en el paciente como beneficiario del acto farmacéutico, razón por la que la formación en esta área de capacitación ha de llevarse a cabo en el ámbito asistencial.

Otra prueba de la necesidad de un sistema de formación especializado en el ámbito de la farmacia comunitaria es la existencia de numerosos cursos de formación de postgrado, diplomas y maestrías que actualmente pretenden cubrir esta necesidad formativa (desarrollar la labor profesional en el ámbito asistencial). De hecho, sólo en el ámbito de la atención farmacéutica en más de la mitad de las facultades universitarias de nuestro país se imparten másteres en atención farmacéutica, cada uno con sus propios programas formativos, competencias, tutores, sistemas de evaluación, coste, duración, estancias en prácticas, etc., de forma que la formación del farmacéutico estudiante es diferente en muchos aspectos. Además de la necesidad de la propia formación *in situ* sería necesario introducir un programa formativo común, así como una tutela y evaluación adaptada a la normativa vigente y a la realidad de la práctica farmacéutica que se realiza en las farmacias comunitarias. En definitiva, se trataría de una formación especializada regulada de forma similar al resto de las especialidades ya existentes entre las ciencias de la salud e impartida por farmacéuticos comunitarios acreditados para ello.

Otro aval de la necesidad de formación especializada en este ámbito lo constituye la recomendación del Comité Consultivo para la formación de los farmacéuticos de la Comisión Europea, que ya emitió un informe y recomendación sobre la especialización en oficina de farmacia. En este informe se incluyeron las capacidades profesionales que se deben adquirir durante la formación en dicho período de especialización, así como las bases del programa formativo.

Las razones que justifican actualmente la creación de una especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria pueden resumirse en las siguientes:

1. Nuevas necesidades de la población: envejecimiento de la población y aumento de los pacientes con enfermedades crónicas y discapacidades. La morbimortalidad asociada al uso de los medicamentos.

2. Nuevas directrices del sistema sanitario: mantener a los pacientes en su entorno familiar y comunitario. Potenciar las medidas de prevención y promoción de la salud. Hacer más eficiente y sostenible el sistema sanitario.

3. Necesidad del profesional: formación del licenciado o graduado en Farmacia y funciones del farmacéutico comunitario en la atención primaria. Cambios y evolución de la práctica farmacéutica. Necesidad de formación adicional. Diferenciación con otros profesionales sanitarios. Reprofesionalización.

4. Beneficios de la especialidad de Farmacia Familiar y Comunitaria para los pacientes, para el sistema sanitario y para el farmacéutico.

Como en el resto de profesiones sanitarias, las competencias adquiridas en la universidad son la base sobre la que se hace necesaria una especialización en el respectivo ámbito de ejercicio profesional. Sin embargo, el farmacéutico comunitario carece de una formación sanitaria especializada en su ámbito de ejercicio, que no es otro que la atención primaria, a diferencia del resto de profesionales sanitarios con los que comparte su misión y que sí son especialistas en dicho ámbito. Las especialidades en Enfermería Comunitaria o en Medicina Familiar y Comunitaria son una realidad desde hace años, de modo que queda el farmacéutico comunitario como el único profesional sanitario de atención primaria sin posibilidad de especializarse.

Sin embargo, y fuera del entorno de la atención primaria, los farmacéuticos que desean trabajar en el ámbito hospitalario, al igual que el resto de profesionales sanitarios que ejercen en dicho ámbito, tienen la posibilidad y la obligación de realizar una formación sanitaria especializada para ejercer de forma reglada y reconocida conjuntamente por los Ministerios de Educación y Sanidad.

La formación de los especialistas sanitarios se lleva a cabo en el lugar natural donde prestan sus servicios a la población, durante un tiempo determinado que permita alcanzar las competencias necesarias para poder prestarlos con calidad y es impartida por los propios especialistas con experiencia y capacidad formativa acreditada.

El sistema de formación de especialidades de nuestro país acumula una gran experiencia y resultados que permiten utilizarlo como modelo de referencia para la creación de otras especialidades sanitarias. Sin embargo, la intervención administrativa en materia sanitaria de nuestro país discrimina de forma injustificada e ineficiente la formación de profesionales que no ejercen de forma mayoritaria en las estructuras sanitarias dependientes del Sistema Nacional de Salud (SNS), y esta es una consideración extensible a muchos otros profesionales sanitarios.

Es necesario demandar de nuevo la especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria en el ámbito de las ciencias de la salud de la mano de otras entidades e instituciones del sector como colegios de farmacéuticos, sociedades científicas, universidades, asociaciones de pacientes, etc. que apoyen su petición

Es necesario un modelo de formación sanitaria especializada equivalente para aquellos profesionales no dependientes de las estructuras del SNS, inspirado en el sistema MIR/FIR.

Con motivo de la tramitación del proyecto de real decreto por el que se regulaba la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, en abril de 2013, SEFAC presentó una propuesta de formación sanitaria especializada en Farmacia Familiar y Comunitaria que permitiese al farmacéutico comunitario especializarse en su ámbito de actuación, al igual que el resto de profesionales sanitarios. En el marco de las alegaciones al proyecto de real decreto también el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos solicitó la especialidad de Farmacia Comunitaria. Pese a esto, esta demanda fue denegada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al considerarla inoportuna e innecesaria, con lo que se perdió una oportunidad para crear, bien directamente o bien a través de un sistema de troncalidad, una especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria. Paradójicamente, a través de esta norma sí que se aprobó modificar el nombre de la especialidad de Farmacia Hospitalaria por Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria, que dio respuesta a las demandas efectuadas por los escasos farmacéuticos pertenecientes a las estructuras administrativas sanitarias de atención primaria.

Uno de los problemas que subyace en el modelo de formación especializada sanitaria de nuestro país es la falta de un modelo aplicable a centros y profesionales sanitarios no dependientes de la Administración sanitaria.

A la vista del resultado es necesario demandar de nuevo la especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria en el ámbito de las ciencias de la salud de la mano de otras entidades e instituciones del sector como colegios de farmacéuticos, sociedades científicas, universidades, asociaciones de pacientes, etc. que apoyen su petición.

Las características generales de la especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria propuestas por SEFAC son:

- 1. Perfil de la especialidad:** la especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria es una especialización en ciencias de la salud por el sistema de residencia exclusivamente para farmacéuticos.
- 2. Acceso:** para poder acceder a la especialidad será necesario disponer del grado en Farmacia y someterse a las pruebas selectivas para el acceso a la formación especializada para farmacéuticos (FIR).
- 3. Duración del programa formativo:** la duración del programa formativo será de 3 años.

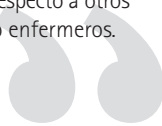
4. Competencias: esta especialidad permitirá adquirir las competencias necesarias para el correcto ejercicio profesional en farmacia comunitaria, sin ser obligatorio para ser titular o ejercer en ella. El programa formativo de la especialidad detallará las competencias que capacitarán para la prestación de servicios profesionales farmacéuticos.

5. Tipo de sistema formativo:

- Especialidad que no se adscribe al sistema formativo troncal.
- Periodo de formación programada de 3 años. El alumno realizará la residencia cada año en una farmacia comunitaria diferente.
- Unidades docentes acreditadas en facultades de Farmacia y farmacias comunitarias acreditadas. Rotación por los servicios de farmacia de atención primaria, servicios de farmacia hospitalarios y servicios de medicina y enfermería familiar y comunitaria y urgencias.
- Financiación: la financiación de la especialidad será compartida entre las comunidades autónomas en las que estén ubicadas las facultades de Farmacia de las unidades docentes acreditadas para esta especialidad, las propias facultades de Farmacia, las farmacias comunitarias acreditadas dependientes de dichas unidades y el SNS.
- Número de alumnos/año: se irá incrementando gradualmente desde el primer año hasta los 5 años y a partir de éste ya se convocarían anualmente para esta especialidad alrededor de 1.050 plazas vía FIR. Tanto el número de unidades docentes como el número de residentes por unidad docente pueden variar en función de un estudio más pormenorizado de las necesidades reales teniendo en cuenta datos complementarios como el número de farmacéuticos que posean la especialidad en un inicio, el número de farmacéuticos en ejercicio en farmacia comunitaria, el número de farmacéuticos que comienzan y finalizan sus estudios en Farmacia, el número de farmacéuticos que emigran y el número de farmacéuticos comunitarios que se jubilan/ fallecen cada año.

6. Situación de los farmacéuticos comunitarios una vez aprobada la nueva especialidad: la LOPS indica que “cuando se crea una nueva especialidad tienen que arbitrarse las medidas necesarias para incorporar los profesionales que están realizando esa actividad a la especialidad correspondiente”. Normalmente se reconocería a todos los farmacéuticos comunitarios la especialidad y a partir de ese año ya sería necesario realizar la especialidad para conseguirla.

En resumen, la consecución de una especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria contribuiría a reconocer las particularidades del ejercicio en este ámbito, homogeneizaría el desarrollo de servicios profesionales farmacéuticos y pondría al mismo nivel a los farmacéuticos comunitarios respecto a otros profesionales sanitarios, ya sean médicos, farmacéuticos o enfermeros.



Reto 9

Promoción y difusión de servicios profesionales farmacéuticos

Antes de finalizar el siglo XX las farmacias comunitarias habían conseguido garantizar, cualitativa y cuantitativamente en nuestro país, una accesibilidad real y efectiva al medicamento y al sistema sanitario para toda la población, llegando en condiciones de igualdad al ciudadano tanto en el medio urbano como en el medio rural

Ya desde los inicios de nuestra profesión, la asistencia farmacéutica era proporcionada por los farmacéuticos que elaboraban y dispensaban los medicamentos que los médicos prescribían en forma de fórmulas magistrales. Durante muchos siglos la función del farmacéutico se centraba en la búsqueda, obtención, manipulación y conservación de materias primas, para su posterior transformación en fórmulas magistrales que constituían remedios más o menos eficaces para los problemas de salud de los pacientes que los necesitaban.

Tras la revolución industrial de finales del siglo XIX la fabricación de medicamentos pasó de los métodos manuales a la mecanización de los sistemas productivos, y fue entonces cuando el farmacéutico perdió, de manera paulatina pero irreversible, su función como elaborador de medicamentos en favor de una naciente industria farmacéutica, y pasó a ser un dispensador de los mismos. Esto facilitó de una manera muy importante el acceso de la población a un número, cada vez mayor, de medicamentos.

Durante el siglo XX la producción a gran escala de medicamentos que contribuyeran a elevar el nivel de salud de la población estaba garantizada. Sin embargo, era preciso hacerlos llegar a quienes los iban a utilizar. Una vez más la sociedad exigía al farmacéutico otra función, en este caso de carácter logístico: la distribución de los medicamentos. Bajo esta premisa, en España los farmacéuticos desarrollaron su ejercicio profesional tanto en el ámbito de la salud pública (ejerciendo como sanitarios locales) como en el ámbito de la prestación farmacéutica centrada en la preparación y dispensación de medicamentos. Así, antes de finalizar el siglo XX las farmacias comunitarias habían conseguido garantizar, cualitativa y cuantitativamente una accesibilidad real y efectiva al medicamento y al sistema sanitario para toda la población, llegando en condiciones de igualdad al ciudadano tanto en el medio urbano como en el medio rural. En definitiva, habían cumplido su función logística o distribuidora. Por estas características de proximidad y accesibilidad al ciudadano, el modelo farmacéutico español está considerado como uno de los mejores del mundo.

Paralelamente a esta función, en el último tercio del siglo XX el tradicional papel profesional de los farmacéuticos comunitarios como “distribuidores” —a través de la dispensación de medicamentos— fue experimentando una paulatina transformación hacia un amplio abanico de funciones como consecuencia de la mayor implicación del farmacéutico en los procesos de salud.

Esto se ha producido haciendo énfasis en su condición de profesional sanitario, próximo y accesible, y también mediante diversos hechos y conceptos que junto a la progresiva introducción de la atención farmacéutica, entendida como una nueva forma de comprender la profesión, han formado parte de un proceso evolutivo que ha servido de base para la configuración de la farmacia del siglo XXI.

Es evidente que esta nueva misión no puede alcanzarse únicamente a través de una correcta dispensación de los medicamentos y que es necesario prestar nuevos servicios profesionales farmacéuticos relacionados con la farmacoterapia. Es, por tanto, necesario reorientar la actividad del farmacéutico comunitario prácticamente basada en la dispensación hacia otros servicios profesionales más centrados en la efectividad y seguridad de los tratamientos de los pacientes, ya que, no sólo hay que garantizar el acceso a la farmacoterapia de una manera adecuada, sino garantizar su correcta utilización y monitorizar sus resultados, previniendo, evitando y resolviendo los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que puedan dar lugar a la aparición de o los resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

Actualmente existen necesidades todavía no cubiertas en relación con la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos y con su coste. Por ejemplo, a pesar del elevado coste económico que supone la cadena farmacoterapéutica, el incumplimiento terapéutico de los tratamientos farmacológicos es actualmente uno de los principales problemas de efectividad. Por otro lado, la farmacoterapia no siempre es segura y su uso no racional genera un aumento de la morbilidad y mortalidad en la población causando un elevado número de ingresos hospitalarios, cuando muchos de ellos podrían ser evitados. Estos fallos de la farmacoterapia se producen, básicamente, porque los medicamentos provocan resultados no deseados en la salud del paciente; es decir, provocan daño debido fundamentalmente a su toxicidad y/o efectos indeseables, o bien porque no consiguen los objetivos terapéuticos deseados para los que fueron prescritos, indicados o utilizados.

Esta realidad se ve agravada cada vez más por el progresivo envejecimiento de la población, el correspondiente aumento del uso de la farmacoterapia y la dificultad para garantizar su sostenibilidad. Por ello, desde hace años, dado el serio problema de salud pública originado por la morbilidad y mortalidad de los medicamentos, la farmacia va evolucionando, a distinto ritmo según los países, hacia la atención al paciente.

Ante esta situación existe, por tanto, una necesidad social de que haya un profesional sanitario experto en el medicamento que cubra las necesidades de los pacientes que utilizan los medicamentos y les proteja de la morbilidad ocasionada por su uso, tanto en el autocuidado de su salud como en los tratamientos prescritos por el médico. El farmacéutico es el profesional más adecuado para dar respuesta a estas cuestiones.

Tanto la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han manifestado que no existe un futuro para la farmacia comunitaria basado exclusivamente en la dispensación

A pesar de que la dispensación es el servicio más demandado, al que se dedica más tiempo, el que genera la mayor parte de los ingresos de la farmacia comunitaria y el que tradicionalmente se ha desarrollado en el último siglo, tanto la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han manifestado que no existe un futuro para la farmacia comunitaria basado exclusivamente en la dispensación. Actualmente en casi todos los países del mundo la farmacia comunitaria está evolucionando hacia la prestación de servicios profesionales farmacéuticos (SPF).

Documentos como *Buenas Prácticas en Farmacia. Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos* y *Ahora o nunca. Perfilando la farmacia del futuro*, publicado por la Royal Pharmaceutical Society, refrendan esta evolución.

Bajo este entorno de cambio de orientación en la actividad del farmacéutico desde el medicamento hacia el paciente que utiliza medicamentos y desde la dispensación hacia el resto de servicios SPF, la farmacia comunitaria española ha iniciado la senda de la prestación de SPF. Con el objetivo de liderar, orientar y ayudar al farmacéutico comunitario en su prestación, en abril de 2013 SEFAC presenta su propuesta de SPF para la farmacia comunitaria, estableciendo una primera definición y clasificación, planteando un decálogo para su desarrollo y exponiendo las condiciones necesarias para su implantación. En este sentido también ha realizado jornadas monográficas sobre SPF en Barcelona y en Valencia. En marzo de 2015 SEFAC publica también el *Manifiesto Abarán* como documento marco en el que reivindica el papel del farmacéutico comunitario en la prestación de servicios profesionales en el ámbito de la atención domiciliaria y sociosanitaria. En mayo del mismo año SEFAC también publica el primer *Código Ético de la Farmacia Comunitaria* con el fin de que los farmacéuticos comunitarios dispongan de un texto con los principios éticos aplicados a esta modalidad de ejercicio profesional, que les sirva de ayuda en la prestación de los SPF y oriente su práctica profesional hacia la calidad, más allá del cumplimiento de las normas legales que, aunque imprescindibles, no son suficientes cuando se busca la excelencia. También ha colaborado con el Foro de atención farmacéutica en farmacia comunitaria (Foro AF-FC) en la definición consensuada de servicios farmacéuticos profesionales asistenciales y su clasificación, y en las definiciones y servicios de conciliación de la medicación y de adherencia terapéutica.

En este sentido, es muy importante que todos los farmacéuticos comunitarios entiendan lo mismo cuando se habla de SPF asistenciales ya que no todos los servicios asistenciales que algunos farmacéuticos realizan en la farmacia son propiamente farmacéuticos ni, por tanto, atribuibles al ejercicio de la profesión.

El refuerzo de servicios ya consolidados como la dispensación y la indicación farmacéutica también ha sido objeto de promoción por SEFAC a través de los programas *D-VALOR* (dispensación) e *I-VALOR* (indicación farmacéutica).

La propuesta de servicios profesionales farmacéuticos de SEFAC puede resumirse en el siguiente decálogo:

- 1. Objetivo.** Los SPF están orientados a optimizar la salud de los destinatarios de los medicamentos y de la población a través del uso racional de los medicamentos y las actividades de salud pública, docencia e investigación de acuerdo con el documento FIP/OMS de *Buenas Prácticas en Farmacia. Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos*.
- 2. Catálogo y cartera.** Los SPF constituirán el catálogo de servicios en farmacia comunitaria (FC) del que surgirá la cartera de servicios que se oferte al SNS y a otros proveedores de atención sanitaria.
- 3. Caracterización y protocolización.** Todos los SPF contarán con su propio documento de especificaciones y procedimiento normalizado de trabajo (PNT).
- 4. Calidad: capacitación, certificación y acreditación.** La FC que preste SPF deberá disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para realizar cada uno de ellos. Los SPF serán realizados por farmacéuticos capacitados asistidos, si procede, por otros profesionales sanitarios capacitados para su realización. Esta capacitación deberá ser renovada periódicamente en el marco de la formación continuada. Los SPF estarán sometidos a una evaluación externa de su calidad (acreditación).
- 5. Implantación y desarrollo.** SEFAC directamente o en colaboración con otras entidades profesionales, colegios, universidades, organismos y Administraciones públicas y privadas, asociaciones de pacientes y/o sociedades científicas:
 - formará y capacitará a los farmacéuticos y profesionales sanitarios, certificando así su competencia profesional para la prestación de cada SPF,
 - validará los procedimientos normalizados de trabajo utilizados en la prestación de los SPF en las farmacias comunitarias (FC),
 - colaborará en la certificación de las FC que lo requieran.
- 6. Bioética y legalidad.** La prestación de los SPF se ajustará a criterios bioéticos (beneficencia, autonomía y justicia) y legales (Ley orgánica de protección de datos, autonomía del paciente...).

7. Retribución. Los SPF tendrán un sistema retributivo acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados, independientemente de su pagador y la forma de financiación.

8. Difusión. El catálogo y la cartera de SPF serán difundidos tanto de forma corporativa a los proveedores de atención sanitaria (públicos o privados) como de forma individual por cada farmacia a los interesados en su recepción. La información difundida deberá ser rigurosa, bien fundada, objetiva y no inducir a error.

9. Derivación entre servicios. La prestación de un servicio puede realizarse tanto de forma autónoma como complementaria a la realización de otros servicios. Una misma actuación profesional puede incluir la prestación de uno o varios servicios de forma aislada o conjunta.

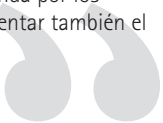
10. Colaboración con otros profesionales. En la prestación de los SPF que lo requieran se colaborará con otros profesionales sanitarios y no sanitarios necesarios para su prestación.

De acuerdo con este decálogo, SEFAC ya ha desarrollado los documentos de especificaciones y los procedimientos normalizados de trabajo de múltiples servicios (servicio de cesación tabáquica, servicio de medición y control de la presión arterial, servicio de medición y control del riesgo cardiovascular, servicio de cribado del VIH, servicio de revisión del uso de los medicamentos, prevención y control de la EPOC, asma, diabetes, dolor y salud articular, etc.) y ha comenzado la capacitación de los farmacéuticos comunitarios para algunos de ellos en colaboración con las sociedades científicas médicas de referencia. De este modo actualmente están ya en funcionamiento programas como *CESAR*, *impacHta*, *DIFAC*, *EPOCA* y *Revisa*. También ha firmado convenios de colaboración específicos con un gran número de colegios de farmacéuticos para el desarrollo de los SPF en sus respectivos ámbitos territoriales.

En definitiva, y tal y como se ha expuesto anteriormente, la entrega de un medicamento no es suficiente para que se alcancen los objetivos de un tratamiento farmacológico, y dado que la misión de la profesión farmacéutica es contribuir a la mejora de la salud y ayudar a los pacientes con problemas de salud para que hagan un correcto uso de los medicamentos es lógico y razonable pensar que el presente y el futuro profesional de la farmacia estén ligados a la provisión de servicios profesionales centrados en el paciente que respondan a sus necesidades sanitarias, en cooperación con el resto de profesionales sanitarios, mejorando su calidad de vida y el uso responsable de los medicamentos.

SEFAC seguirá impulsando la implementación de los SPF en la farmacia comunitaria española, así como su promoción y difusión entre otros sanitarios y entre los propios pacientes y usuarios potencialmente interesados en su recepción.

En este sentido, SEFAC lleva tiempo organizando la celebración de carpas de salud en distintas localidades españolas con el objetivo de acercar a la población los servicios profesionales farmacéuticos que pueden ofrecerse en la farmacia tanto en materia de medicamentos como en prevención y salud pública y que, en muchas ocasiones, son desconocidos por los pacientes. Esto es especialmente importante, ya que el conocimiento por parte de los usuarios de los SPF puede aumentar su demanda por los beneficios que producen en salud y, de este modo, incrementar también el estímulo de los farmacéuticos comunitarios.



Reto 10

El papel del farmacéutico en el abordaje de la cronicidad

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud afirma que “muchas de las estructuras existentes en los sistemas de salud son completamente inadecuadas para atender a pacientes con patologías crónicas”

El modelo actual de cuidados está orientado al tratamiento episódico de síntomas agudos, frente al avance sostenido de la enfermedad crónica, que requiere unos cuidados continuos

En el transcurso del siglo XX se ha producido un aumento de la esperanza de vida a nivel global. Este aumento de la esperanza de vida ha conllevado una marcada transformación en el perfil de las patologías a nivel mundial, que ha convertido las enfermedades crónicas en las principales causas de morbilidad en los países de ingresos altos y medios. En la actualidad existen tratamientos farmacológicos que han demostrado su eficacia en estudios de gran calidad (ensayos clínicos controlados, aleatorizados y con doble o triple ciego) para la mayoría de las enfermedades crónicas y el acceso a estos fármacos está incluido en la cartera de servicios de la mayoría de los sistemas nacionales de salud, incluyendo el español, que cubre un amplio porcentaje de los residentes en España. Sin embargo, la efectividad de todos estos tratamientos farmacológicos, medida en clínica habitual mediante estudios observacionales, es muy baja. La baja calidad de los cuidados en lo referente a tratamientos farmacológicos está sin duda relacionada con los malos resultados en la efectividad de los tratamientos y diversos estudios muestran que en la actualidad apenas se alcanza un 50 por ciento en cuanto al nivel de adhesión de los cuidados a las guías clínicas.

Los resultados obtenidos en las evaluaciones de calidad de cuidados, así como la baja adherencia a los tratamientos para patologías crónicas (50 por ciento) ponen de manifiesto la existencia de un problema global, común a todos los modelos de atención sanitaria existentes en los países desarrollados y no dependiente de particularidades específicas de cada lugar. De hecho, el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud afirma que “muchas de las estructuras existentes en los sistemas de salud son completamente inadecuadas para atender a pacientes con patologías crónicas” y “los proveedores de salud aún no han sido capaces de adaptar los programas de prevención y los programas de manejo de enfermedad a la realidad que hoy suponen las enfermedades crónicas”.

El modelo actual de cuidados está orientado al tratamiento episódico de síntomas agudos, frente al avance sostenido de la enfermedad crónica, que requiere unos cuidados continuos y a largo plazo para la prevención de exacerbaciones y la minimización del deterioro. Es decir, en la actualidad se pone el énfasis en la cura de la enfermedad en contraposición a la imposibilidad de cura de las enfermedades crónicas.

Además, la organización actual de los sistemas sanitarios conlleva recibir cuidados de múltiples profesionales sanitarios que actúan con un elevado nivel de independencia unos de otros. Es lo que se conoce como fragmentación de los cuidados, y entorpece la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Un cuidado efectivo de la enfermedad crónica debe estimular a los pacientes a involucrarse en su propio cuidado, para lo cual se requiere implementar estrategias de promoción de la salud, puesto que es el propio paciente el que se encuentra en la posición más ventajosa para conocer cómo le afecta su enfermedad, detectar reagudizaciones y, por lo tanto, definir sus necesidades. Sin embargo, el sistema actual sigue contando poco con el paciente en la toma de decisiones, entre otras cosas por falta de un modelo que lo capacite para las mismas. Esta inadecuación de los modelos sanitarios para atender a los pacientes con enfermedades crónicas llevó a que diferentes instituciones e individuos se plantearan a finales de los 80 y principios de los 90 cómo debía reorientarse el modelo de cuidados de salud. Ya en el año 1978, en la declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef de Alma Ata se expone la prioridad de desarrollar la atención primaria como base para conseguir niveles de salud adecuados para la población. Pero pasaron décadas hasta que Edward Wagner propuso su modelo para los cuidados de los pacientes crónicos (Chronic Care Model, CCM), que es el que ha alcanzado mayor repercusión, hasta el punto de que puede afirmarse que los diferentes modelos que hoy día se están implementando han sido inspirados por él. El CCM establece un marco de trabajo con la premisa de que una parte importante del cuidado del paciente crónico ha de proporcionarse fuera del entorno tradicional sanitario. El objetivo que promueve es conseguir "pacientes informados que asumen la adopción de un papel activo en sus cuidados, con las habilidades necesarias para tomar las decisiones adecuadas sobre su salud y proveedores (profesionales sanitarios) preparados y con los recursos necesarios para proveer unos cuidados de calidad".

Partiendo de estas premisas se desarrollaron distintos modelos de provisión a pacientes crónicos, entre los que cabe destacar el de la Veterans Health Administration (VHA), una red sanitaria pública que atiende a los veteranos de guerra estadounidenses y a sus familias, así como el modelo de Kaiser-Permanente y más adelante, el NHS and Social Care Model o el modelo de atención a la cronicidad de Osakidetza. Todos ellos incluyen como pilares básicos para atender a un paciente con patologías crónicas los siguientes puntos:

- Promoción de la salud.
- Adecuación del tipo de cuidado en función de la situación de cada paciente.
- Desarrollo de automanejo de la enfermedad por parte del paciente.

- Proactividad en la detección de pacientes en riesgo de descompensación.
- Cuidados interdisciplinarios coordinados.

Las herramientas más importantes para su desarrollo son la atención primaria (que ha de ser potenciada) y el uso de nuevas tecnologías que permitan la coordinación entre diferentes profesionales. Como estrategia, la formación de equipos multidisciplinarios es una de las más prometedoras, hasta el punto de que la coordinación de los cuidados es considerada por el Institute of Medicine de Estados Unidos como una de las principales prioridades para el sistema sanitario nacional.

En los últimos años se han llevado a cabo diferentes revisiones sistemáticas para evaluar qué tipo de equipos multidisciplinarios y qué tipo de coordinación tienen mejor resultado en las distintas enfermedades. Así, por ejemplo, en diabetes, una revisión sistemática demuestra que la acción más efectiva para reducir la hemoglobina glicosilada es la introducción en el equipo de un farmacéutico o un enfermero, sobre todo cuando éste dispone de autonomía para introducir modificaciones en el tratamiento siguiendo protocolos. Resultados similares en cuanto a la capacidad de mejora de la salud se han obtenido para otras patologías crónicas. Dos revisiones que analizaron el caso de la hipertensión arterial demuestran mejoras, tanto en el control de la tensión diastólica como de la sistólica, con la introducción de un farmacéutico o de un enfermero en el equipo de cuidados. Revisando los pilares sobre los que se asientan los cuidados en cronicidad es fácil ver la relevancia que las farmacias comunitarias pueden adquirir. El automanejo pasa por la implicación responsable del paciente en el control de su enfermedad y ello se consigue con su empoderamiento. Para ello es imprescindible una buena información, proporcionada por profesionales de confianza que trabajen en el propio entorno del paciente. Además, facilitar el control de la evolución del tratamiento contribuye a su empoderamiento y a la detección de descompensaciones.

No es descabellado afirmar que la farmacia comunitaria puede ser el establecimiento sanitario de referencia para llevar a cabo ambos servicios. Existen evidencias sobre la eficacia de la coordinación entre médico y farmacéutico en la mejora de pacientes con asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, dislipemias, insuficiencia cardíaca, diabetes, osteoartritis, anticoagulación, enfermedades mentales, trasplantes renales y pacientes crónicos de alto riesgo. En una revisión reciente, publicada en *American Journal of Health System Pharmacy* sobre los resultados que se obtienen al integrar al farmacéutico en equipos de atención primaria, se analizaron 15 ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA). Los resultados mostraron que esta estrategia puede ser eficaz cuando se trata de pacientes con nuevos tratamientos o bien pacientes que no alcanzan objetivos terapéuticos.

En el año 2010 se actualizó una revisión sistemática Cochrane publicada por primera vez en el año 2000, en la que se pretendía evaluar la influencia del farmacéutico tanto sobre los resultados en salud de pacientes crónicos no ingresados, como sobre la calidad de la prescripción de los médicos. Se encontraron 36 ECA y las conclusiones demostraban mejoras en ambos aspectos.

Ante tanta evidencia diferentes países están normalizando la integración de las farmacias comunitarias en el sistema de cuidados de pacientes con patologías crónicas. Estados Unidos, Inglaterra, Escocia o Finlandia son buenos ejemplos de ello.

En España tanto la *Estrategia de abordaje de cronicidad* del Ministerio de Sanidad como las de distintas comunidades autónomas apuestan por la integración de la farmacia comunitaria en el sistema de cuidados de pacientes con patologías crónicas. Sin embargo, en la actualidad, dicha integración no se ha producido en ninguna comunidad autónoma.

Queda, por tanto, un enorme camino por recorrer para la farmacia comunitaria española. Es un camino lleno de esperanza, con la mirada puesta en conseguir mejorar sensiblemente la salud de los pacientes. Conseguir esa farmacia implica superar muchas dificultades. Entre ellas posiblemente destaquen dos: conseguir una coordinación efectiva con el resto de profesionales que influyen en la salud del paciente, sobre todo médicos y enfermeros de atención primaria; y conseguir compatibilizar los cuidados que el paciente necesita en la farmacia con el resto de rutinas laborales que en la actualidad se llevan a cabo en cualquier farmacia comunitaria de España.

En España tanto la Estrategia de abordaje de la cronicidad del Ministerio de Sanidad como las de distintas comunidades autónomas apuestan por la integración de la farmacia comunitaria en el sistema de cuidados de pacientes con patologías crónicas. Sin embargo, ello aún no se ha logrado en ninguna comunidad autónoma

Se trata de un reto formidable, a la altura de una gran causa: la salud. Es legítimo preguntarse quién capitaneará esta misión. Sin duda la respuesta la encontramos leyendo la misión declarada de SEFAC, que dice: "Liderar la evolución del farmacéutico comunitario desde la provisión del medicamento a la prestación de servicios profesionales farmacéuticos centrados en el paciente y en la población en el ámbito de la atención primaria y sociosanitaria". SEFAC, por tanto, persigue exactamente el mismo objetivo. Y es lógico que sea una sociedad científica y profesional, en coordinación con otros actores, quien encabece este cambio. Para conseguirlo, SEFAC tendrá que diseñar servicios que sean eficaces para el paciente y que puedan implementarse en las farmacias. La eficacia se conseguirá centrandó el servicio en los pilares de la cronicidad: el empoderamiento del paciente, la detección de descompensaciones y la coordinación con otros profesionales. Dicha coordinación requiere, a su vez, la definición de roles, el reparto de tareas, el conocimiento de las funciones de cada miembro del equipo y de las herramientas con las que cuenta para llevarlo a cabo, así como sistemas para la resolución de problemas.

Todo ello requiere desarrollar un modelo de coordinación entre las farmacias y los centros de salud que sea ampliamente reconocido en el territorio español. Para tal empresa se necesita el liderazgo de una sociedad potente, de implantación nacional.

Respecto a la necesidad de que los servicios que se diseñen sean implantables en una farmacia normal, SEFAC habrá de tener en cuenta las características que hacen que una innovación sea implementable en la práctica, que incluyen la compatibilidad con las rutinas, la visibilidad de los resultados y la capacidad de adaptación al entorno. Todo ello requerirá el desarrollo de investigaciones traslacionales a las que SEFAC se compromete, así como el de las herramientas que el farmacéutico necesite para prestar los servicios a los pacientes. Además, habrán de hacerse investigaciones sobre el impacto que la implantación de los servicios tiene sobre la salud de los pacientes y el coste efectividad de dicho impacto. El cálculo del coste efectividad es una base sólida para desarrollar la remuneración de los mismos. SEFAC deberá también empoderar a los farmacéuticos para que implementen los servicios diseñados en sus farmacias, proporcionándoles tanto la formación como las herramientas necesarias.

Basta releer los últimos párrafos para percatarse del gigantesco reto científico y profesional que la cronicidad supone para las farmacias. Superarlo o no es el ser o no ser del modelo actual de farmacia puesto que no se concibe el modelo de farmacia actual si no se produce una integración en un nuevo sistema sanitario enfocado al paciente con patologías crónicas. SEFAC asume semejante reto. Lo hace confiando en sus valores, en el trabajo de sus socios y en la ilusión de muchísimos farmacéuticos que sueñan con una farmacia más asistencial. Y lo hace con el compromiso de transitar el camino acompañados por el resto de las sociedades científicas de nuestro entorno. Es difícil, pero vale la pena.



Reto 11

Participación de la farmacia comunitaria en el autocuidado responsable y el empoderamiento del paciente

Existen 22 millones de usuarios de internet en España de los que un 56,9 por ciento busca información sobre salud. Los temas consultados son principalmente enfermedades (40 por ciento), hábitos de vida saludable (16,8 por ciento) y medicamentos (16 por ciento)

Según el diccionario de la Real Academia Española empoderar es "hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido". Si este término lo aplicamos al entorno de la salud, significaría que el ciudadano (individuo) o grupo social desfavorecido (pacientes) se hace fuerte en la gestión de su salud y/o enfermedad. Y para que el paciente se *empodere* debe tener la información necesaria y conocer los recursos que están a su disposición para participar en las decisiones que afectan a su vida.

A finales del siglo pasado, Dorothea Orem (una de las voces más destacadas de la enfermería teórica) definió el autocuidado como "un conjunto de acciones, intencionadas y aprendidas a lo largo de su vida, que realiza una persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior".

Hasta hace poco el paciente estaba relegado, dentro del sistema sanitario, en un lugar pasivo: se limitaba a ser cuidado, mientras que los profesionales sanitarios tomaban decisiones en exclusiva y se hacían responsables de los resultados obtenidos. Sin embargo, el paciente actual ha asumido una cultura de ciudadano con derechos como paciente con capacidad de elegir y participar en decisiones que afecten a su salud. Este cambio se ha producido gracias a un mayor conocimiento por parte del paciente en todo lo referente a su salud y al acceso a una gran cantidad de información sanitaria (gracias a internet fundamentalmente). Un paciente informado ha de tener nociones suficientes para entender la enfermedad y su tratamiento, y los profesionales sanitarios deben ayudar al ciudadano a ser capaz de escoger entre las opciones que tenga a su alcance y actuar en consecuencia, porque si no lo hacen, éstos acudirán a internet para la búsqueda de información, quedando en manos de información fiable y no fiable.

Según los últimos datos publicados por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información existen 22 millones de usuarios de internet en España de los que un 56,9 por ciento busca información sobre salud. Los temas consultados son principalmente enfermedades (40 por ciento), hábitos de vida saludable (16,8 por ciento) y medicamentos (16 por ciento). Sin embargo, solo el 29,9 por ciento de los usuarios considera que la información que obtienen en internet es fiable, frente al 62,3 por ciento que opina que la información fiable la facilita el farmacéutico.

Si hablamos de usuarios de redes sociales, al 36,6 por ciento le resulta muy fiable la información obtenida de las mismas, y es la Wikipedia la que tiene mayor credibilidad (72 por ciento). Y estos son datos de 2011, cinco años después probablemente el escenario haya cambiado aumentando los consumidores de información en internet.

Para ayudar al autocuidado y al empoderamiento del paciente se han puesto en marcha en España diferentes iniciativas de educación, siguiendo modelos iniciados en otros países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Dinamarca..., con el fin de hacer un cambio del modelo paternalista a otro en el cual los ciudadanos reciban más información sobre su salud y más herramientas que les permitan afrontar de forma activa sus procesos de enfermedad. En ninguno de estos programas se ha contado con la participación del farmacéutico comunitario, a pesar de que en nuestro país el farmacéutico es el profesional sanitario más accesible de toda la cadena sanitaria y que puede ser consultado las 24 horas al día, los 365 días del año y sin tener que pedir cita previa.

El farmacéutico comunitario representa el primer eslabón de la cadena de asistencia sanitaria en muchas ocasiones, incluso algunas veces el único, y es el último agente de salud que ve el paciente antes de iniciar una terapia farmacológica. No nos olvidemos de la importancia que esto le confiere.

Además, no solo es el profesional experto en el medicamento, que puede asesorar al paciente en todo lo relacionado con el mismo, incluida la automedicación, sino que posee las habilidades necesarias para reconocer los síntomas de enfermedades comunes y poder recomendar un tratamiento farmacológico (que no necesite prescripción médica) o derivar al médico en los casos en que exista algún motivo de alarma o interferencia con otros problemas de salud o medicamentos. Del mismo modo, puede desempeñar un papel clave en la educación al paciente en temas de salud, tal y como reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El reciente estudio *refcom*, realizado por SEFAC con la colaboración de ratiopharm, muestra que el 58,2 por ciento de los ciudadanos/pacientes acude a las farmacias comunitarias ante cualquier duda con la medicación, que un 71,2 por ciento obtiene información útil sobre la misma, y el 63,5 por ciento opina que le evita visitas al centro de salud. Está claro que ante esto no se puede dejar pasar la oportunidad de ayudar al individuo en la búsqueda de información fiable, de proporcionarle habilidades orientadas hacia el autocuidado y los estilos de vida saludable y de ayudarle, junto a otros profesionales sanitarios, a participar en la toma de decisiones. Además, es una forma de realizar alguno de los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) definidos por SEFAC en su propuesta sobre SPF.

El farmacéutico, realizando servicios profesionales de atención farmacéutica relacionados con la educación, debe conseguir la alfabetización sanitaria de los individuos, definida por la OMS como "la capacidad para obtener y entender la información básica que se necesita sobre la salud y los servicios sanitarios para tomar decisiones apropiadas". Esto implica que el paciente adquiera y consolide competencias y habilidades básicas en salud orientadas hacia el autocuidado y el cuidado de los demás. Entre estas competencias destacan la detección y manejo de síntomas básicos y de efectos secundarios, la gestión del conjunto de terapias prescritas y el saber acceder a información básica sobre su enfermedad. Esto, además, forma parte de uno de los objetivos de las estrategias diseñadas en la *Estrategia para el abordaje de la cronicidad* del SNS, en la que participa SEFAC, y por tanto se debe colaborar en la implementación de la misma.

La educación sanitaria individualizada es uno de los ejes principales para conseguir un uso adecuado de los medicamentos, incidiendo en los problemas que se originan cuando se produce un incumplimiento de dosis, de pauta o de recomendaciones de uso del medicamento, así como en los beneficios que se pueden obtener si se sigue el tratamiento de una forma adecuada. Hay que motivar al paciente para que adquiera conductas adecuadas que permitan que se implique y tome parte activa en su régimen terapéutico, con lo que conseguimos una mejora de la adherencia, que está demostrado que provoca una disminución significativa del uso de los recursos sanitarios.

La mejora de la adherencia también puede potenciarse con la información sobre el manejo de medicamentos complejos (insulinas, inhaladores...) o con la recomendación e instrucción del manejo de dispositivos para el autocontrol de distintas patologías como, por ejemplo, aparatos de automedida de la presión arterial, aparatos de automedida de glucosa, colesterol, cuerpos cetónicos, INR...

Respecto a esto, SEFAC, con la colaboración de TEVA-ratiopharm, ha diseñado un programa de capacitación (*Reviso*), para que el farmacéutico pueda prestar el servicio de revisión del uso de los medicamentos (RUM), que tiene como objetivo principal mejorar el conocimiento, la adherencia y el proceso de uso de los medicamentos, para detectar problemas relacionados con el medicamento derivados del mal uso o uso ineficaz, así como resultados negativos de la medicación que inciden sobre la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente. Esto, al final, conlleva a reducir el gasto derivado del uso innecesario y del mal uso de los medicamentos.

Hay que motivar al paciente para que adquiera conductas adecuadas que permitan que se implique y tome parte activa en su régimen terapéutico

Para adiestrar al paciente con EPOC en el correcto manejo de los dispositivos de inhalación, SEFAC ha puesto en marcha el programa de capacitación *EPOCA*, para que el farmacéutico pueda prestar los servicios profesionales farmacéuticos de prevención y control de la EPOC en la farmacia comunitaria.

Este programa tiene como objetivos el fomento de la adherencia a los tratamientos farmacológicos, el adiestramiento para un correcto manejo de los dispositivos de inhalación y la coordinación entre médicos y farmacéuticos comunitarios. Esta iniciativa ha sido diseñada en colaboración con las sociedades científicas médicas semFYC, SEMERGEN, SEMG y SEPAR, y está patrocinado por Boehringer Ingelheim.

Si hablamos de diabetes, que es, con seguridad, la enfermedad crónica que más necesita de la educación del paciente, la intervención educativa del farmacéutico, tanto a nivel individual como a nivel grupal, estructurada, mejora la situación clínica del enfermo, su cumplimiento terapéutico, satisfacción y su calidad de vida. En diabetes SEFAC organiza un programa de formación para el farmacéutico, *DIFAC* (con el aval de la SED y la colaboración de Sanofi), en el que, entre otras facetas, aborda el papel del farmacéutico como educador en diabetes.

En cuanto a estilos de vida saludable el farmacéutico está en posición inmejorable, además de poseer formación necesaria, para educar en nutrición, ejercicio físico, deshabituación en sustancias de abuso (aquí cabe destacar el programa de capacitación *CESAR*, que SEFAC ha desarrollado para el servicio de cesación tabáquica con la colaboración de Pfizer) y un largo etcétera. ¿Por qué no utilizar esta posición? Tampoco se debe olvidar, como parte de este proceso educativo del paciente para que llegue a ser paciente empoderado, la recomendación desde la farmacia comunitaria de revistas sanitarias, páginas web y *apps* de ayuda con calidad sanitaria reconocida.

La eficacia de los programas educativos para empoderar al paciente se ha evaluado en numerosos estudios internacionales, aplicados a distintas enfermedades crónicas y en diferentes países, contextos culturales y socioeconómicos. Los principales hallazgos han sido la mejora en la calidad de vida, la autoeficacia y el control de la enfermedad, y el aumento del ejercicio físico y de la actividad social. Algunos de estos estudios evidencian también una mejora de la relación y la comunicación con los profesionales sanitarios, así como una disminución de las visitas al médico y de los ingresos hospitalarios.

Por último, no nos olvidemos del importantísimo papel que juega el farmacéutico comunitario cuando un individuo acude a la farmacia comunitaria solicitando un medicamento para un problema de salud, que ha identificado como tal a raíz de unos determinados síntomas. Es decir, ante la automedicación. En este caso el farmacéutico comunitario es el único profesional sanitario que va a intervenir y esto conlleva una gran responsabilidad.

La automedicación, es decir, la administración por cuenta propia de un medicamento, es un hecho cotidiano y habitual en nuestra sociedad que se da en la mayoría de los hogares. Se define clásicamente como la utilización de medicamentos, hierbas y remedios caseros por iniciativa propia o por consejo de otra persona sin ninguna intervención por parte del médico.

A la vista del desarrollo del sistema sanitario actual, en los países del primer mundo la automedicación puede considerarse dentro del autocuidado. Esta utilización por voluntad propia puede ocasionar, en algunas ocasiones, perjuicios al paciente y por eso el farmacéutico debe intervenir para evitar riesgos con el medicamento solicitado, asegurar el beneficio en términos de curación o alivio de síntomas o derivar al médico en caso necesario. Algo a lo que, por otra parte, está obligado por el Real Decreto legislativo 1/2015, que aprobó el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que dice que "los medicamentos que no estén sujetos a prescripción médica, podrán ser utilizados para el autocuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización".

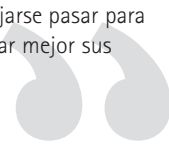
Del mismo modo, ante la petición de un medicamento con receta médica, en la automedicación se debe realizar el SPF de dispensación, definido por Foro de Atención Farmacéutica como: "El SPF encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo con la normativa vigente".

Es fundamental que antes de la entrega del medicamento el farmacéutico se asegure de que no existen criterios para no dispensarlo, como por ejemplo alergias, contraindicaciones, interacciones con otros medicamentos, duplicidades, etc. También que el paciente conoce el proceso de uso o que después de la información obtenida no es necesario que sea derivado al médico o necesita ser derivado a otro servicio profesional farmacéutico.

Es fundamental que antes de la entrega del medicamento el farmacéutico se asegure de que no existen criterios para no dispensarlo, como por ejemplo alergias, contraindicaciones, interacciones con otros medicamentos, duplicidades, etc.

Si el farmacéutico interviene en la automedicación, además del beneficio que obtiene el paciente (asesoramiento por el profesional sanitario experto en medicamentos) hay también un beneficio para el sistema sanitario, ya que evita el uso de recursos sanitarios cuando no son realmente necesarios. Y para que el paciente y el sistema se beneficien es necesario que trabajen en conjunto todos los profesionales sanitarios, utilizando protocolos y algoritmos consensuados, estrategias de educación conjunta y herramientas de comunicación entre ellos.

Ningún profesional sanitario está tan cerca como el farmacéutico del paciente y de su entorno. Aprovechar esta posición y los conocimientos del colectivo son ventajas formidables que no deben dejarse pasar para conseguir pacientes empoderados y capaces de gestionar mejor sus problemas de salud.



Reto 12

Razones para cambiar el sistema retributivo de la farmacia comunitaria

Un sistema como el actual, basado solo en el margen comercial sobre el medicamento, vincula el valor añadido que aporta el farmacéutico al valor del medicamento

El ejercicio profesional del farmacéutico ha ido variando como consecuencia de su cambio de rol en la sociedad. Hasta mediados del siglo XX el farmacéutico era el elaborador del medicamento, por lo que era lógico ser remunerado en función del coste del producto, pero este servicio fue asumido desde entonces por la industria farmacéutica, por lo que el farmacéutico ha ido reconvirtiéndose en un prestador de servicios relacionados con el medicamento. Sin embargo, el sistema de remuneración sigue siendo el mismo de siempre, basado en el valor del producto que se dispensa.

En España, a pesar del conflicto ético que ello supone, es la Administración sanitaria quien autoriza y fija los precios de los medicamentos que se comercializan y, a la vez, la encargada de pagarlos con los impuestos de la población al amparo de los convenios establecidos con los colegios profesionales farmacéuticos. Esto ha llevado también a que España tenga los precios de los medicamentos más bajos de Europa. Sin embargo, algunas Administraciones han incumplido estos convenios en los últimos años en lo que se refiere al pago, lo que ha provocado una situación de inseguridad jurídica constante.

Según el diccionario de la Real Academia Española, la palabra retribución significa "recompensa o pago de algo". En España, la farmacia tiene asignadas una serie de funciones recogidas en las leyes autonómicas de ordenación farmacéutica y "teóricamente" éstas deberían ser realizadas y retribuidas en el marco de un convenio entre quien paga, la Administración, y quien presta dichas funciones, las farmacias (representadas por sus colegios profesionales). Podemos destacar el desarrollo de la receta electrónica, la atención farmacéutica (AF), la comunicación con el paciente, la formación continuada, el aumento de farmacéuticos por farmacia, etc. Sin embargo, estas nuevas funciones no se han retribuido, ¿por qué?

La retribución es, al final, un importe económico que se compone del valor necesario para pagar los gastos incurridos en la realización de cada una de esas funciones y de un sobrante que constituye el beneficio de quien las presta. El valor añadido que aporta el farmacéutico sobre el servicio es en lo que consiste la verdadera retribución. Sin embargo, un sistema como el actual, basado solo en el margen comercial sobre el medicamento, vincula el valor añadido que aporta el farmacéutico al valor del medicamento.

Por esta misma regla de tres, los farmacéuticos deberían haber ido devaluando sus servicios al mismo ritmo e intensidad que las sucesivas bajadas de precio y, por tanto, de honorarios profesionales. La realidad es que no ha sido así.

La farmacia ha ido introduciéndose en diversos servicios cognitivos y ofertando cada vez mayor calidad a sus pacientes, pero la Administración ha asumido el planteamiento de "todo incluido" en el pago por producto.

Desde el punto de vista de SEFAC este sistema retributivo, en el siglo XXI, se puede entender que es:

- **Arbitrario**, porque independientemente de lo que el farmacéutico haga y cómo lo haga (mejor o peor) recibirá la misma retribución.
- **Inválidamente sanitario**, porque se retribuye más a la farmacia que dispensa más medicamentos, y no a la que mejor los dispense, o mejor asegure su proceso de uso.
- **Perverso**, porque sitúa al farmacéutico ante la disyuntiva entre su actuación profesional y su supervivencia económica, lo que desincentiva cualquier acción encaminada a racionalizar el consumo y el gasto en medicamentos.
- **Parcial**, porque sólo contempla el pago por la dispensación y no por cualquier otro servicio farmacéutico, ni siquiera de los que las propias leyes de ordenación establecen.
- **Ineficiente**, pues no se corresponden los recursos utilizados para su realización con los beneficios que se obtienen.
- **Rígido y desproporcionado**, porque trata a todos los medicamentos por igual, no distingue entre aquellos de mayor complejidad en su administración o dispensación o puedan suponer un riesgo mayor de peligro para la salud del paciente.
- **Desmotivador** para los farmacéuticos que desean ejercer su profesión de forma asistencial, ya que no incentiva su participación en la mejora de los resultados de la farmacoterapia.
- Y, por último, es **insuficiente**, por sí solo, para sostener en muchas farmacias la dispensación de los medicamentos y el resto de productos financiados por las Administraciones, y, lo que es peor, culpabiliza al farmacéutico, porque al incidir sólo en el consumo se le atribuye a éste la responsabilidad del gasto cuando no depende de él sino de una prescripción ajena.

La dispensación es el servicio más demandado por la población en la farmacia, y su sistema retributivo debe permitir su viabilidad económica e incentivar el desarrollo profesional

Propuesta de un nuevo modelo

La necesidad de un nuevo modelo retributivo en la dispensación motivó la presentación de una propuesta de modelo retributivo mixto basado en pago por servicios por parte de SEFAC en 2012. Su modernidad e idoneidad sigue vigente y cuanto más tiempo pasa sin abordarse, más llamativos resultan los problemas derivados del inmovilismo y de su falta de adopción. Los principios que la animan son:

1. La dispensación es el servicio más demandado por la población en la farmacia, y su sistema retributivo debe permitir su viabilidad económica e incentivar el desarrollo profesional. La red nacional de farmacias comunitarias españolas es la puerta de entrada al sistema sanitario por su cobertura, cercanía, confianza, consejo y calidad.
2. Se propone un sistema retributivo mixto basado en un honorario profesional fijo por acto profesional de dispensación, complementado con un cargo logístico variable en función del número de dispensaciones anuales y del precio de adquisición del medicamento.
3. El acto profesional de la dispensación es aquel por el que el farmacéutico se responsabiliza de que el medicamento dispensado o no no es inadecuado para ese paciente de acuerdo con la información disponible en ese momento siguiendo un protocolo validado.
4. El honorario profesional básico de una dispensación es un valor fijo independiente del precio del medicamento que se dispensa y del número de dispensaciones. Tiene como función retribuir el acto profesional de dicha dispensación y es revisable anualmente en función del Índice de Precios al Consumo (IPC).
5. Aquellas dispensaciones que por sus características precisen de subprocesos adicionales a los subprocesos básicos de la dispensación, serán retribuidas por un honorario profesional que incluirá la suma del honorario profesional básico y el/los honorarios profesionales adicionales aplicables a cada caso.
6. El cargo logístico tiene como función retribuir los costes derivados de la adquisición, custodia, almacenamiento y conservación en los que incurre la farmacia para tener el medicamento en condiciones óptimas a disposición de la población. Este cargo es variable en función del volumen de dispensaciones de la farmacia y del precio de adquisición del medicamento, y es revisable anualmente en función del IPC.
7. Las dispensaciones de medicamentos en los que la Administración tuviera por diferentes motivos que gestionar su adquisición serán retribuidas con los honorarios profesionales fijos de los subprocesos básicos y adicionales que le correspondan, así como por un cargo logístico reducido en concepto de almacenamiento y conservación.

8. Excepcionalmente, con el objeto de garantizar la accesibilidad, la calidad y la continuidad del servicio de dispensación a los usuarios del SNS, se establecerá un cargo de viabilidad adicional a favor de las farmacias con un número reducido de dispensaciones anuales (NRD). Tanto la cuantía del cargo como el establecimiento de este número de dispensaciones se revisarán periódicamente.

Como puede observarse, este modelo retributivo permite una inclusión natural y no forzada de todos los nuevos servicios que la farmacia puede prestar en torno al medicamento. A su vez, contempla la posibilidad de que los medicamentos de diagnóstico hospitalario se dispensen en las farmacias comunitarias sin menoscabo de los procesos que la Administración reserve para ellos en su adquisición. Y, por último y no menos importante, plantea una retribución del farmacéutico basada en su trabajo y no en el precio que marca un sector externo como es la industria farmacéutica; es decir, para bien o para mal, la retribución del farmacéutico dependería de sus méritos o deméritos y no de los de terceros.

Desde que SEFAC comenzó en 2010 a plantear la necesidad de un cambio retributivo de la farmacia comunitaria basado en pago por servicio en sustitución del margen por producto, que en ese momento ya habían hecho Canadá, Alemania, Suiza, Australia, Reino Unido, Irlanda... han transcurrido cuatro años en los que se han sumado a este planteamiento países como Bélgica y Francia, e Italia está a punto de dar el paso.

En definitiva, son ya pocos los países desarrollados que siguen con un modelo retributivo de dispensación basado exclusivamente en el margen sobre producto, como sucede en nuestro país. Hay que preguntarse cuáles hubieran sido los beneficios para la sociedad y la profesión de haber acometido con prontitud esta tarea en España. Por el contrario, seguimos preguntándonos como profesión si se debe hacer el cambio o no, tal vez por miedo a lo desconocido sin darnos cuenta de que ya no se trata de si lo vamos a hacer sino de cuándo lo vamos a hacer y en qué condiciones. Cuanto más tardemos es probable que las condiciones sean cada vez más duras para farmacia comunitaria. Si en 2012 se hubiera trabajado por la propuesta de SEFAC de pago por servicio, aunque solo fuera en los medicamentos de diagnóstico hospitalario (DH) tal como se planteó ese mismo año, puede que se estuvieran ya recogiendo los frutos de este modelo. En 2014, ni un tercio de los nuevos medicamentos financiados pasaron a la farmacia comunitaria. Sin embargo, lo que podemos observar es que cada vez más farmacias hospitalarias han acometido reformas e incremento de personal para asumir esta función, lo que dificultará cada vez más su vuelta a la farmacia comunitaria.

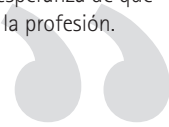
Si bien este sistema fue pensado para la dispensación como el servicio fundamental de la farmacia comunitaria, parece que existe más consenso en que los SPF relacionados con la salud pública precisan de pago por servicio. Así, SEFAC hace suyas las recomendaciones del Grupo de trabajo canadiense para la retribución de la farmacia comunitaria, que establece las siguientes recomendaciones encaminadas a conseguir un cambio sostenible de modelo retributivo:

- Es necesario desarrollar una estrategia encaminada a lograr un modelo de pago por servicios en vez de un pago por producto que implique a todos los agentes relacionados.
- El presupuesto nacional de coste de medicamentos debe diferenciarse del presupuesto encaminado a sostener los SPF.
- Los SPF deben basarse en protocolos de calidad estandarizados a escala nacional.
- Se establecerán incentivos a los SPF basados en compartir los beneficios de los "costes evitados" por los buenos resultados de estos.
- El pago de los servicios debe estar en proporción a su complejidad.
- Las organizaciones farmacéuticas deben desarrollar estrategias que faciliten la implantación de los servicios y demostrar sus beneficios.
- Los farmacéuticos comunitarios deben verse a sí mismos como parte del equipo multidisciplinar de salud, no solamente como dispensadores de medicamentos.

A su vez, en el reciente resumen ejecutivo de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) sobre sostenibilidad de la farmacia comunitaria se plantea, entre otros temas, que el modelo retributivo internacional se mueve hacia una mezcla de componentes:

- Margen, tasa por dispensación,
- o una combinación de los mismos para remunerar el acceso a los medicamentos y su dispensación.
- Incentivos para la eficiencia y la calidad.
- Tasas profesionales y/o pagos pasados en sistemas por capitación para los servicios profesionales.

Por último, los farmacéuticos no pueden hacer este cambio de forma fragmentada o por sí solos. Se precisa la complicidad y el concurso de la Administración, del resto de profesionales sanitarios y pacientes. Esto se consigue demostrando buen hacer y eficacia, pero sobre todo se conseguirá generando en los propios farmacéuticos el deseo y la esperanza de que este cambio es el mejor camino posible para el futuro de la profesión.



Reto 13

Mejora del modelo farmacéutico mediante la reforma del acceso a la titularidad de las farmacias comunitarias

El binomio propiedad-titularidad garantiza la independencia en el ejercicio profesional, en contraposición a la situación de otros modelos liberalizados

El modelo español de ordenación y planificación farmacéutica (modelo mediterráneo) es, sin duda, uno de los mejores sistemas de prestación farmacéutica existentes en Europa y en el mundo. Lo es porque su regulación garantiza plenamente una atención farmacéutica de calidad y la accesibilidad de los medicamentos a la población a un mismo precio, de forma rápida, segura y en condiciones de igualdad, ya sea en un entorno rural o urbano y todo ello sin reclamaciones reseñables por parte de los usuarios y pacientes. Esto se debe en gran medida a que el ratio de habitantes por farmacia en España es uno de los más ajustados de Europa (en torno a los 2.200) y el 99 por ciento de la población dispone de una farmacia comunitaria en su propio municipio. Además, el binomio propiedad-titularidad garantiza la independencia en el ejercicio profesional, en contraposición a la situación de otros modelos liberalizados en los que existe una visión mercantilista de la farmacia con un enfoque más comercial y menos sanitario y, además, evita conflictos de intereses con otros profesionales sanitarios prescriptores o con laboratorios farmacéuticos o empresas del sector.

No obstante, las virtudes del modelo mediterráneo que rige en España no son absolutas y existen aspectos mejorables que deberían abordarse para reforzar aún más sus cimientos y frenar ataques interesados. Uno de estos aspectos, relacionado con la planificación farmacéutica, es el del acceso a la titularidad de las farmacias comunitarias, que en España están consideradas como establecimientos privados de interés público. Las comunidades autónomas son las encargadas —tal y como indica la Ley 16/1997 de regulación de servicios de las oficinas de farmacia— de establecer los criterios específicos para la autorización y apertura de nuevas farmacias en función de criterios demográficos y geográficos y la adjudicación se realiza a través de concursos en los que se aplican baremos de méritos que no son homogéneos en todo el territorio nacional. Esa falta de homogeneidad puede generar, y de hecho genera, distintos problemas que solo pueden solucionarse con un replanteamiento general de los concursos utilizados para acceder a la titularidad de una farmacia.

Una de las principales características de todo sistema o modelo de prestación sanitaria que se precie de estar entre los mejores, como sucede en España, es contar con los profesionales más cualificados ejerciendo y dotarles a su vez de los instrumentos necesarios para desarrollar al máximo su potencial.

Los distintos baremos existentes se dividen en varios apartados entre los que se encuentran la experiencia profesional, los méritos académicos, la formación de postgrado y también los idiomas en aquellas comunidades autónomas con lenguas propias

Con esta premisa es indudable que los mejores profesionales farmacéuticos deberían tener facilidad para acceder a la titularidad tanto de las nuevas farmacias comunitarias que, periódicamente, salen a concurso para responder a las necesidades farmacoterapéuticas de la población como al resto. Sin embargo, los baremos de méritos que se utilizan en las distintas comunidades autónomas para acceder a dicha titularidad no siempre cuentan con un diseño que favorezca este objetivo. ¿Significa esto que los farmacéuticos comunitarios que poseen en la actualidad la titularidad de las farmacias no ofrecen una atención de calidad? No, pero el sistema de acceso es francamente mejorable si se quiere tender a la excelencia y preservar el objetivo prioritario, que no debe ser otro que garantizar una cobertura y un nivel óptimo de calidad y servicio farmacéutico a la ciudadanía.

Si bien España es un Estado altamente descentralizado en el que la sanidad y la prestación farmacéutica están en manos de las comunidades autónomas, la equidad debe considerarse un elemento vertebrador irrenunciable para el sistema sanitario y esto exige que haya una base común que garantice que los pacientes tienen no solo un acceso igualitario a los mismos servicios, sino también con una calidad suficiente. En este contexto, todas las farmacias del Estado deben alcanzar ese nivel de forma homogénea y para ello es necesario acabar con, o al menos reducir, la heterogeneidad de los baremos que se aplican actualmente para acceder a la titularidad de una farmacia.

Por lo general, los distintos baremos existentes se dividen en varios apartados entre los que se encuentran la experiencia profesional, los méritos académicos, la formación de postgrado y también los idiomas en aquellas comunidades autónomas con lenguas propias, además de otros como pueden ser la actividad docente e investigadora y, en alguna otra, la nota obtenida en una prueba objetiva de evaluación de conocimientos farmacéuticos. Sin embargo, y aunque estos bloques pueden ser más o menos comunes, la puntuación que se otorga en cada uno de ellos es diferente entre comunidades autónomas.

Experiencia profesional

La experiencia profesional y el ejercicio en farmacia comunitaria, con lo que supone en la adquisición de habilidades y destrezas relacionadas con la labor asistencial y el contacto con los pacientes que viven en la comunidad no hospitalizados, deberían ser siempre los elementos que primasen por encima del resto en todos los baremos. Asimismo, debería valorarse especialmente todo aquello que contribuya a desarrollar una carrera profesional en farmacia comunitaria como, por ejemplo, publicaciones científicas, asistencia a congresos, participación en programas y estudios de atención farmacéutica, docencia en farmacia asistencial, participación activa en sociedades científicas, etc.

A este respecto, resulta llamativo que en muchos concursos se valore más la posesión de determinadas especialidades, como puede ser el título de especialista en Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria, que el propio ejercicio en farmacia comunitaria, aun cuando el contacto directo con los pacientes haya sido menor en las primeras que en la segunda, lo que supone un agravio injustificable y, lo que es más importante, antepone los intereses profesionales de algunos colectivos a los intereses de los pacientes, que deben ser atendidos —para sacar el máximo beneficio a sus medicamentos— por aquellos profesionales que acrediten la experiencia necesaria en el campo de actuación en el que van a desarrollar su actividad asistencial, en este caso la farmacia comunitaria. Esto refuerza, a su vez, la idea de reivindicar una especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria, que coloque a los profesionales que ejercen en este ámbito en condiciones de igualdad con otros profesionales farmacéuticos y sanitarios.

No obstante, la valoración de la experiencia profesional conlleva un aspecto controvertido: ¿debe limitarse esta valoración a una serie de años o no ser acumulable para no favorecer siempre a los candidatos más experimentados en detrimento de los farmacéuticos más jóvenes? Sin duda, esta ha sido una de las principales críticas de los partidarios de una liberalización del modelo, pues los baremos tradicionalmente han favorecido a los farmacéuticos con más años de ejercicio sin necesidad de que añadieran nuevos méritos a su expediente. Además, en muchas ocasiones, estos farmacéuticos ya estaban en posesión de una farmacia, lo que ha generado especulación en el mercado de compra-venta de farmacias (*gano concurso, vendo farmacia y opto a un nuevo concurso*) y una barrera sólida para el acceso a la titularidad de las nuevas farmacias por parte de los farmacéuticos más jóvenes (adjuntos) o de los titulares de farmacias más desfavorecidas (rurales o mal ubicadas).

La valoración de la experiencia profesional conlleva un aspecto controvertido: ¿debe limitarse esta valoración a una serie de años o no ser acumulable para no favorecer siempre a los candidatos más experimentados en detrimento de los farmacéuticos más jóvenes?

Esta situación no ha beneficiado en nada la imagen del sector y lo ha alejado de su vertiente sanitaria, propiciando argumentos a quienes consideran que el modelo actual no es sino una fórmula para proteger derechos exclusivamente corporativistas. ¿Quién no ha escuchado alguna vez frases como "una farmacia es un negocio seguro, tiene clientes asegurados y si la quieres vender puedes hacerlo"? Es evidente que la realidad es otra, pero la imagen que se ha trasladado con algunos comportamientos no ha ayudado en nada a cambiar esta percepción errónea entre determinados sectores de la sociedad, más bien al contrario.

Por todo ello, los concursos de farmacias deben renovarse también para acabar con estas situaciones y dar cabida a todos aquellos profesionales con capacidad para ejercer su profesión desde la titularidad de una farmacia comunitaria.

Los baremos no deberían primar otros elementos que favorezcan a unos candidatos por encima de otros por razón de residencia, por experiencia profesional local y por méritos académicos que solo puedan conseguirse en un determinado ámbito geográfico

De hecho, ya hay baremos que han regulado esta situación como, por ejemplo, en Madrid (donde los méritos por años de ejercicio se limitan a una década) o en Baleares, que recoge muchas de las propuestas de SEFAC en este sentido, y donde al conseguir una nueva farmacia los puntos del candidato en los apartados de méritos profesionales y formación de postgrado se ponen a cero.

También en esta comunidad autónoma cuando se vende una farmacia o se dona a un familiar no se puede volver a concursar durante 7 años y si se obtiene una farmacia es necesario mantenerla abierta durante al menos una década antes de poder venderla. Además, si un farmacéutico se presenta a un nuevo concurso siendo ya titular de una farmacia debe permitir que su establecimiento salga a concurso para que otros farmacéuticos puedan acceder a su titularidad.

Comunidades autónomas como Euskadi también han regulado en esta dirección para asegurar más transparencia en el proceso de acceso a nuevas farmacias y en los traspasos (por ejemplo, no se puede traspasar una farmacia con menos de 3 años de antigüedad).

Este tipo de medidas persigue combatir la especulación y garantizar que el acceso a una farmacia por parte de aquellos farmacéuticos que no han podido optar antes a dirigir una farmacia (aun teniendo méritos) tenga un objetivo puramente sanitario, ajeno a intereses económicos y en beneficio de la población y de la práctica profesional.

Del mismo modo, y aunque podrían mantenerse en los baremos algunas variaciones leves para respetar las características particulares de cada territorio, no parece lógico que elementos como un segundo idioma puedan suponer una barrera para que algunos farmacéuticos accedan a la titularidad de una farmacia en aquellas comunidades autónomas que dispongan de lenguas cooficiales. Si bien es comprensible que los candidatos a optar a una farmacia en esos territorios conozcan la lengua cooficial, este requisito no puede tener un valor similar o incluso superior al de, por ejemplo, un doctorado o un postgrado en farmacia asistencial.

En la misma línea, los baremos no deberían primar otros elementos que favorezcan a unos candidatos por encima de otros por razón de residencia, por experiencia profesional local y por méritos académicos que solo puedan conseguirse en un determinado ámbito geográfico. Esto entorpece la movilidad entre profesionales, resulta discriminatorio y fue uno de los puntos que propició en 2006 un dictamen motivado contra el Reino de España por parte de la Comisión Europea (a partir de la conocida como cuestión prejudicial asturiana) que puso en seria duda la viabilidad del modelo español.

De hecho, el Tribunal de Justicia Europeo reconoció en 2010 como contrario al Tratado de la Unión Europea primar los méritos obtenidos a nivel local en los concursos de farmacias, aunque salvaguardó la facultad de los Estados miembro de la Unión Europea para decidir el nivel de protección de la salud pública y, por tanto, a regular de forma justificada por razones geográficas y demográficas la autorización y establecimiento de sus farmacias.

Judicialización de los concursos

En todo caso, y ya en clave estrictamente nacional, la ausencia de un baremo común y la disparidad entre comunidades autónomas al valorar unos méritos frente a otros ha propiciado durante años la judicialización de varios procesos de apertura de nuevas farmacias en muchas autonomías. Como consecuencia de esto se han producido retrasos importantes en la ejecución de las convocatorias realizadas, lo que ha afectado al ejercicio profesional de los participantes en los concursos y a la prestación farmacéutica que debían dar esas nuevas farmacias a la población. Sin duda, evitar que el proceso de acceso a la titularidad de las farmacias esté de forma continuada en tela de juicio debería ser algo prioritario para mejorar el modelo farmacéutico español.

Evitar que el proceso de acceso a la titularidad de las farmacias esté de forma continuada en tela de juicio debería ser algo prioritario para mejorar el modelo farmacéutico español

Todos los baremos de méritos deberían completarse con una prueba escrita objetiva de conocimientos específicos necesarios para el ámbito en el que los aspirantes desean concursar, a modo de oposición

Otro punto importante que deben tener en cuenta los baremos de méritos es el reconocimiento de toda aquella formación acreditada, independientemente de que esté o no promovida por la propia Administración, la universidad o los órganos colegiales. No tiene sentido, como ocurre en algunas autonomías, que en este apartado se deje fuera a la formación promovida o avalada por otras entidades como pueden ser las sociedades científicas, cuyo cometido es precisamente velar por una mejor práctica asistencial y la actualización y el reciclaje de conocimientos de acuerdo a la evidencia y al progreso científico.

Concurso-oposición

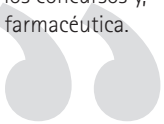
Por último, pero no menos importante sino más bien al contrario, todos los baremos de méritos deberían completarse con una prueba escrita objetiva de conocimientos específicos necesarios para el ámbito en el que los aspirantes desean concursar, a modo de oposición. Este es, sin lugar a dudas, el elemento que mayor transparencia transmite a la sociedad, por su amplia utilización para cubrir todo tipo de procedimientos selectivos.

Los mejores profesionales no solo son aquellos que cuentan con un currículum brillante, sino también los que son capaces de demostrarlo. Una prueba transparente a modo de oposición entre los candidatos sería el complemento perfecto para garantizar que la titularidad de las farmacias recaerá en los profesionales mejor preparados para dar la mejor prestación farmacéutica posible a la población.

La inclusión de este criterio en los baremos para la adjudicación de la titularidad de las farmacias con un peso suficiente garantizaría la igualdad de oportunidades de todos los concursantes y permitiría rebajar la edad de acceso a la titularidad de las farmacias al disminuir el peso de todos aquellos méritos para los cuales el factor tiempo es inexorablemente necesario y aumentan la edad media de los adjudicatarios.

Por tanto, el resultado de esta prueba se añadiría al resto de los méritos evaluados en el baremo, de forma que el cómputo global resultante premiaría a los candidatos más completos. Sin duda, esto supone un cambio de concepción relevante en el enfoque de los baremos de méritos y exigiría lo mejor de cada candidato, pues obligaría a los aspirantes a mantener sus conocimientos permanentemente actualizados. Esta opción permitiría además su puesta en funcionamiento de forma homogénea en todo el territorio nacional, garantizando la equidad entre los aspirantes y la disminución de barreras al ejercicio profesional en las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, actualmente, sólo el baremo de la Comunidad Valenciana incluye esta posibilidad (valorada en un 25 por ciento del máximo de puntos posibles de obtener).

En resumen, el modelo farmacéutico español puede y debe mejorarse en lo referente al acceso a la titularidad de las farmacias. Para ello es necesario contar con una base común para los baremos de méritos que acabe o reduzca las diferencias autonómicas, primar la experiencia profesional en farmacia comunitaria, facilitar la renovación generacional, reconocer la formación asistencial, evitar discriminaciones por cuestiones locales y complementar los expedientes de los candidatos con una prueba escrita que garantice la actualización de conocimientos de los candidatos. De este modo, el modelo farmacéutico español ganaría en solidez, alejaría las críticas vinculadas al proteccionismo corporativista, acabaría con la especulación en la compra-venta de farmacias asociada a los concursos y, sobre todo, reforzaría la calidad asistencial de la actividad farmacéutica.



Reto 14

Participación del farmacéutico comunitario en la enseñanza de la práctica farmacéutica desde la universidad

Farmacia se imparte en España en 22 universidades que registran unos 13.000 alumnos matriculados y en las que se gradúan cada año unos 2.200 farmacéuticos

El grado en Farmacia se incluye en la rama de Ciencias de la Salud y su objetivo fundamental, como apunta el *Libro Blanco* del título de grado en Farmacia, es la formación de expertos en todos los aspectos relacionados con los medicamentos, incluyendo las actividades de farmacia social y clínica, siguiendo el ciclo de atención farmacéutica, de conformidad con las directivas europeas referentes a la profesión de farmacéutico. Asimismo, proporciona la formación necesaria para capacitar al graduado en el ejercicio de la profesión farmacéutica según lo establecido en la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, y de acuerdo a lo estipulado en la Orden CIN 2137/2008, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de farmacéutico.

En la actualidad este grado en Farmacia se imparte en España en 22 universidades que registran unos 13.000 alumnos matriculados y en las que se gradúan cada año unos 2.200 farmacéuticos. No todas estas universidades imparten asignaturas obligatorias relacionadas con la Atención Farmacéutica (AF), la Práctica Clínica o la Farmacia Práctica (diferentes nombres para las asignaturas relacionadas con la Práctica Farmacéutica centrada en el paciente), algunas solo las ofertan como optativas y en ambos casos el número de horas lectivas suele ser bajo (1-2 por ciento) en relación a la carga lectiva total. Estas universidades imparten también alrededor de una veintena de títulos de másteres oficiales relacionados con la farmacia asistencial, el uso racional del medicamento, la investigación en ciencias de la salud, la atención farmacéutica, la farmacoterapia, la economía de la salud, el diseño y desarrollo de fármacos, la biofarmacia...

El grado en Farmacia habilita al egresado a ejercer en distintos ámbitos: industria, farmacia comunitaria, distribución, alimentación, investigación, docencia y a poder optar a la formación especializada vía FIR.

Aunque el número de salidas profesionales es muy amplio, según los últimos datos publicados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, el 69 por ciento (47.194) de los farmacéuticos colegiados ejerce en farmacia comunitaria, y el porcentaje se eleva al 86,8 por ciento si solo se tiene en cuenta a los colegiados en activo.

La farmacia comunitaria ha cambiado ostensiblemente en los últimos años, intentándose adaptar a las recomendaciones realizadas por diferentes organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) o la Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea (PGEU) de centrarse en la atención al paciente y en la mejora de los resultados en salud del mismo. Para que este cambio sea real, tanto las universidades como los profesionales deben implicarse en la formación de los futuros egresados, así como en la formación postgrado de los profesionales, como ha sido puesto de manifiesto en las dos jornadas-taller sobre la atención farmacéutica y la universidad organizadas por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC).

En estas jornadas, en las que trabajaron conjuntamente las facultades de las universidades donde se imparte el título de Farmacia, las asociaciones de estudiantes, los colegios profesionales y los representantes de las sociedades científicas se redactaron unos documentos de consenso con las siguientes conclusiones:

- Para mejorar las competencias en AF por parte de los estudiantes de grado en Farmacia y su adaptación al entorno sanitario actual es necesario que su formación siga evolucionando hacia aspectos más prácticos orientados a los servicios profesionales, con un reenfoque de las asignaturas básicas para que sus contenidos puedan centrarse en el paciente y puedan ser aplicados en el ejercicio profesional.
- Para garantizar que todos los alumnos de grado en Farmacia adquieran las competencias específicas de AF se deberían establecer asignaturas obligatorias de AF con mayor carga lectiva que la que tienen actualmente. Además, se debería incluir la aplicación de metodologías de casos y *role-play*, potenciando la formación en técnicas de comunicación y habilidades sociales. Esto es algo que algunas universidades empiezan a implementar.
- Es necesario crear un nexo de unión entre la universidad y la farmacia comunitaria, y sería muy recomendable una mayor integración del farmacéutico comunitario en la docencia y en los grupos de investigación de la universidad.
- Sería interesante la creación de estructuras: departamentos, unidades... de AF, que incluyesen a todos los profesores que impartan las asignaturas del ámbito de conocimiento que engloba la AF e incorporasen a profesionales en ejercicio con actividad docente e investigadora, que permitiese el desarrollo de la investigación como en otros ámbitos.
- La colaboración entre la farmacia comunitaria y la universidad resulta clave para la identificación y desarrollo de nuevos servicios profesionales farmacéuticos que satisfagan las necesidades de los pacientes y del Sistema Nacional de Salud.

Existen mecanismos reglados para la interlocución entre la universidad y la profesión para la impartición de las prácticas tuteladas obligatorias (con 30 créditos ECTS) en las farmacias comunitarias y en los servicios de farmacia hospitalaria. Sin embargo, no solo debería realizarse esta colaboración al final de los estudios de grado, sino que, como también se ha puesto de manifiesto en las jornadas-taller sobre la atención farmacéutica y la universidad:

- Los profesionales farmacéuticos deberían integrarse tanto en la docencia como en los grupos de investigación de las universidades.
- Serían necesarios cambios en los contenidos de las asignaturas actuales para mejorar la adquisición de competencias con anterioridad a la realización de las prácticas tuteladas.

Prácticas tuteladas

El objetivo de las prácticas tuteladas es conseguir que el estudiante adquiera las competencias adecuadas para el ejercicio práctico de la farmacia después de su formación teórico-práctica. SEFAC cree, además, como se refleja en su propuesta sobre prácticas tuteladas en farmacia comunitaria, que el alumno debería adquirir competencias genéricas que le permitiesen tomar decisiones y resolver problemas, así como trabajar en grupo y equipos multidisciplinares, y fomentar la realización de una labor asistencial al servicio de los pacientes.

El alumno debe tomar contacto con la farmacia asistencial desde el primer año del grado. Los profesores universitarios enfocados en farmacología, bioquímica, tecnología farmacéutica, química farmacéutica... deberían adaptar sus asignaturas para incorporar elementos de AF. A partir de ahí, habría que contar con quienes practican a diario la AF, los profesionales que cumplen con los estándares de buenas prácticas, para poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos, y trabajar con pacientes reales. De ahí debería salir una colaboración estrecha que permitiese la investigación a la vez que la docencia en este ámbito profesional.

El siguiente paso sería la creación de departamentos de Práctica Farmacéutica, integrados por docentes universitarios y profesionales en ejercicio (profesores asociados), que se encargarían de la enseñanza e investigación de todo lo relacionado con el ejercicio profesional del farmacéutico en el entorno asistencial. Esta enseñanza incluiría asignaturas centradas en la práctica farmacéutica orientada al paciente, diseñadas desde la evidencia científica y en colaboración con los profesionales activos, que permitiesen llevar al alumno a las prácticas tuteladas con una buena base teórica para poner en práctica los conocimientos adquiridos.

Los profesores asociados deberán cumplir los requisitos establecidos en la Ley 4/2007 de universidades, demostrando ser especialistas de reconocida competencia en su ámbito y que ejerzan su actividad profesional fuera del ámbito académico universitario.

El alumno debe tomar contacto con la farmacia asistencial desde el primer año del grado. Los profesores universitarios enfocados en farmacología, bioquímica, tecnología farmacéutica, química farmacéutica... deberían adaptar sus asignaturas para incorporar elementos de atención farmacéutica

Para desarrollar la práctica farmacéutica hay que contar, además, con que se realice investigación científica. El diseño de estudios de investigación en AF, implicando a las farmacias comunitarias, por parte de los docentes universitarios permitiría el avance de la práctica asistencial, así como el afianzamiento de los departamentos de Práctica Farmacéutica.

¿Y por qué debe impartirse la práctica de la farmacia asistencial por profesionales en ejercicio?, pues porque al tener que aplicar los conocimientos teóricos adquiridos, estos solo pueden ser enseñados por un farmacéutico que practique a diario con pacientes. Esto ocurre ya en otras profesiones sanitarias, por ejemplo, el médico que practica la cirugía es el que enseña cómo operar. Y porque, además, el farmacéutico comunitario es consciente de las necesidades que van teniendo los pacientes, ya que trabaja día a día con ellos, y puede transmitir a los departamentos de Práctica Farmacéutica estas necesidades en cuanto las detecta, para que se puedan dar respuesta o se adelanten a requerimientos futuros, diseñando nuevas estrategias de enseñanza que permitan adquirir las competencias y habilidades que necesite el egresado para trabajar en un entorno asistencial.

En su práctica diaria el farmacéutico comunitario realiza una serie de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales como: dispensación, indicación farmacéutica, provisión de información sobre medicamentos, intervenciones clínicas ante problemas relacionados con los medicamentos, revisión del uso de la medicación, gestión de la medicación, conciliación de la medicación, adherencia terapéutica, preparación de sistemas personalizados de dosificación, seguimiento farmacoterapéutico, gestión de la enfermedad, prevención de la enfermedad, mejora de la salud, educación sanitaria, farmacovigilancia, etc.

Trabajar con pacientes es lo que le va a permitir al futuro egresado adquirir las competencias específicas básicas para ejercer los servicios profesionales farmacéuticos relacionados con la AF y la salud pública.

Existen experiencias en otros países, como, por ejemplo, en la Universidad de Minnesota (Estados Unidos), la Universidad de Sidney (Australia) o la Universidad de Manchester (Reino Unido), en las que sus programas docentes incluyen trabajos multidisciplinares tanto con pacientes reales como ficticios.

Algunas experiencias docentes en España

En España existen pocas experiencias docentes con pacientes, ficticios o reales. La Facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca inició un proyecto de docencia de la AF con pacientes simulados en *Second Life* (mundo virtual en 3D) hace años.

Con esta técnica se consigue poner en práctica la teoría, pero sin embargo no se aportan habilidades de comunicación ni de trato reales con el paciente.

La Universidad Cardenal Herrera CEU, de Valencia, lleva trabajando tiempo en un Aula de Práctica Asistencial con pacientes reales presentados por profesionales farmacéuticos para que interactúen con los estudiantes; de esta forma se consigue que los alumnos aprendan necesidades reales de los pacientes y los docentes puedan adaptar los conocimientos que imparten a esas necesidades.

La Universidad San Jorge, de Zaragoza, ha creado un Servicio de Atención Farmacéutica para dotar al alumno de experiencia práctica, al trabajar con pacientes reales facilitados por farmacéuticos comunitarios y en farmacias comunitarias, realizando sesiones clínicas de comunicación con el paciente y con el médico.

La Universidad de Navarra en el Aula de Farmacia Práctica realiza prácticas de simulación con pacientes sobre situaciones reales en farmacia comunitaria para entrenar a los estudiantes en habilidades procedimentales para el ejercicio profesional de la AF. La grabación y evaluación de la práctica farmacéutica, mediante la simulación con pacientes, favorece el aprendizaje y la adquisición de habilidades en los alumnos.

Estas experiencias pueden ser positivas como punto de partida, pero realmente es necesario que los alumnos de grado o máster tomen contacto real con los pacientes, que trabajen día a día con ellos, que se relacionen con otros profesionales sanitarios, que sepan tomar decisiones basadas en la evidencia, que sepan identificar errores y oportunidades para tener capacidad de mejora; es decir, que aprendan las destrezas necesarias para una buena práctica farmacéutica, que no podrán ser adquiridas hasta que se hayan realizado varias veces, en el lugar donde se producen, de forma repetitiva, con la ayuda de expertos en la materia (profesionales ejercientes y capacitados) y con la propia autocrítica.

La docencia sin la práctica podría dar lugar a profesionales teóricos de la farmacia con dificultades para enfrentarse a un paciente sin asumir la misión asistencial que tiene encomendada este profesional

La docencia sin la práctica podría dar lugar a profesionales teóricos de la farmacia con dificultades para enfrentarse a un paciente sin asumir la misión asistencial que tiene encomendada este profesional sanitario y sin tener una capacidad clínica para detectar problemas que no se hayan manifestado.

Debe haber un equilibrio entre las actividades docentes, que confieran al egresado una base científica en su actividad diaria, y el aprendizaje a través de la práctica asistencial, que evite una formación teórica de los farmacéuticos asistenciales.

Sería recomendable para formar buenos profesionales farmacéuticos asistenciales que los responsables docentes de las universidades cuenten con un perfil de profesor con experiencia docente e investigadora en AF y, además, con la colaboración de profesionales cualificados en la materia con experiencia en farmacia comunitaria.



Reto 15

La investigación científica en la farmacia comunitaria

De acuerdo con lo previsto en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, es consustancial al ejercicio del farmacéutico comunitario como profesional sanitario el desarrollo de funciones en el ámbito investigador

No es la primera vez que desde SEFAC se analiza el área de investigación como una pieza indispensable para desarrollar y asentar las herramientas y procedimientos que los farmacéuticos necesitan para proveer la mejor asistencia a sus pacientes. De acuerdo con lo previsto en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, es consustancial al ejercicio del farmacéutico comunitario como profesional sanitario el desarrollo de funciones en el ámbito investigador.

Para poder investigar, un investigador ha de estar en contacto con la realidad práctica de su profesión, ya que sólo el profesional que conoce de forma exhaustiva el campo en que trabaja está en la mejor disposición de observar con visión crítica y plantear preguntas adecuadas. De esta forma, el farmacéutico que trabaja cotidianamente en la farmacia comunitaria, realizando atención farmacéutica, al conocer el medicamento que se administra, al paciente que lo toma o la causa para la que se administra, está en una óptima posición para abordar proyectos de investigación relacionados estrechamente tanto con los medicamentos y productos sanitarios como con todos aquellos procedimientos que conllevan la asunción de esta práctica farmacéutica, cuya evaluación y validación van sentando las bases que han de sustentar las pautas de actuación profesional.

De hecho, el objetivo de la farmacia comunitaria es intentar mejorar la salud de sus conciudadanos, centrándose en todo aquello que la sociedad le ha delegado responsabilidad, básicamente en la interacción paciente-medicamento. Es el cumplimiento de este objetivo general donde se inserta la investigación científica como instrumento para descubrir áreas de mejora en el servicio que presta la farmacia a los ciudadanos.

Un punto de inflexión para llegar a cubrir los retos como sociedad científica frente a la investigación en la farmacia comunitaria es el nuevo Real Decreto publicado el pasado 24 de diciembre de 2015 en el Boletín Oficial del Estado por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos (EECCm), los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos, en el cual al simplificar los trámites de aprobación de los estudios clínicos y crear la figura de promotor no comercial se plantea un nuevo escenario para la farmacia comunitaria.

Si hasta ahora los modelos que relacionaban la investigación con la farmacia comunitaria a nivel internacional se asociaban con la universidad como formadora en metodología, como diseñadora de proyectos de investigación o como directora de los proyectos de investigación en los que los farmacéuticos comunitarios participaban con diferentes niveles de implicación, el nuevo decreto nos permite, sin olvidar los modelos previamente comentados, implementar una nueva faceta, la de la farmacia comunitaria como promotor de los estudios clínicos.

En un escenario sanitario a futuro en el que los pacientes crónicos, polimedicados y longevos serán los protagonistas de los cuidados sanitarios, una farmacia comunitaria cercana investigadora proveerá un tratamiento terapéutico adaptado a esta población con evidencia científica del paciente real. Pero ya desde el día de hoy es importante que los farmacéuticos se animen a investigar y publicar, aunque sea con pequeños trabajos y a enviarlos a congresos para su difusión como hacen otros colectivos sanitarios. Es clave la importancia que tiene la investigación en nuestro medio como instrumento para registrar la actividad de la farmacia comunitaria, su valor, y compartir con la sociedad su experiencia puesto que aquello que no se registra no existe.

De ahí que los farmacéuticos comunitarios deban formar parte activa de las investigaciones que se realicen, por lo que deberán conocer las bases en las que se sustenta la metodología científica. Deben saber en qué tipo de proyectos participan, cuáles son sus posibilidades y sus limitaciones, qué utilidad real y social tiene el hecho de que un farmacéutico comunitario participe en un proyecto de investigación.

Las sociedades científicas como SEFAC deben, por su parte, apoyar un modelo de investigación de calidad, dentro del nuevo marco normativo, ya sea en colaboración con la universidad u otras entidades científicas o instituciones especializadas en la materia, de forma que se mejore la formación en metodología del propio farmacéutico comunitario, se diseñen proyectos conjuntos de investigación en estrecha colaboración con la farmacia comunitaria bien con la universidad, con otros grupos de investigación, con la industria farmacéutica o actuando directamente como promotores. Este abordaje debe recoger la opinión práctica del farmacéutico, que es el que conoce su entorno, y la de las entidades aludidas, que son las que conocen los métodos de investigación, a la vez que permite en paralelo la formación en metodología científica del propio farmacéutico comunitario que participe en la misma.

En las dos últimas legislaturas y en concreto desde su comisión de Investigación, SEFAC está trabajando en el abordaje, desarrollo, formación en metodología, mejora de la obtención de resultados en salud y evidencia científica en la farmacia comunitaria como punto prioritario de la profesión.

En este periodo propuestas consideradas estratégicas por los grupos de trabajo y la junta directiva, propuestas de los asociados o externas consideradas de interés por SEFAC, se han desarrollado en forma de diferentes proyectos de ámbito regional/nacional que han permitido, junto con otras iniciativas de otros agentes del sector, asentar una incipiente base común investigadora que se inició en la legislatura anterior: *D-VALOR*, *Epifarm* y *Detect-ed* (ambos de disfunción eréctil y ambos con publicaciones internacionales), *Streptotest*, *Lifac*, *Dafac*, *MySEFAC* y ha continuado esta legislatura: *CESAR* (cesación tabáquica), *MePAFac* (HTA y hábitos saludables en adolescentes), *Revisa* (RUM), *SPD-VALOR*, *Asdifac* (diabetes), *Farbalepoc* y *EPOCA* (EPOC), *I-VALOR* (indicación farmacéutica), etc.

Sin embargo, en el contexto actual existen diferentes limitaciones, entre otras, la falta de una formación uniforme en investigación en la universidad, la falta de costumbre en la farmacia comunitaria de publicar lo que se hace y la falta de financiación por la dificultad en el acceso a becas de investigación de carácter público nacional o europeo, así como la falta de interés de la industria.

Otro problema añadido es que, aunque se creó en 2011 la Red de Investigación en Farmacia Comunitaria (RIFAC), no existe una red robusta que dé cobertura a la investigación en farmacia comunitaria, a diferencia de la farmacia hospitalaria que por ser garante de la medicación de los estudios clínicos que se realicen en el ámbito del hospital y por ser parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha podido acceder tanto a estudios clínicos realizados desde el ámbito médico como a participar en sus publicaciones, estar involucrados en la formación llevada a cabo dentro de este ámbito por la industria y acceder a los fondos públicos tanto nacionales como europeos en investigación. Esta ausencia de red dificulta, sin duda alguna, el desarrollo de la capacidad investigadora de los farmacéuticos comunitarios.

No existe una red robusta que dé cobertura a la investigación en farmacia comunitaria, a diferencia de la farmacia hospitalaria

En definitiva, la definición de nuevos servicios profesionales farmacéuticos como los relacionados con la investigación, que se añaden a los clásicos de atención farmacéutica (dispensación, indicación, seguimiento farmacoterapéutico), la evaluación de los resultados en salud que se obtienen de su provisión a pacientes y usuarios y su implantación constituyen un gran desafío que la investigación en farmacia comunitaria debe afrontar más pronto que tarde. Queda aún mucho trabajo por hacer e interesantes líneas de investigación que se deben explorar. Algunos ejemplos de esas líneas de trabajo, en el campo de la eficiencia, serían la valoración económica de los costes tanto de la implementación como del mantenimiento en el tiempo y de las actuaciones en la prestación de los servicios profesionales, los beneficios económicos derivados de los resultados en salud obtenidos de las intervenciones, la mejora de calidad de vida y los resultados del trabajo en equipo con los médicos de atención primaria y en colaboración con los servicios de farmacia de los demás niveles asistenciales.

En la tabla adjunta se describen algunos de los retos que desde SEFAC se plantean y que en el futuro podrán ayudar a un fortalecimiento de la labor como investigadores de los farmacéuticos comunitarios.

Retos en investigación de la farmacia comunitaria en distintos ámbitos

Universidad
Trasladar la necesidad de homogeneizar la formación en metodología de investigación a las diferentes facultades
Valorar no solo la labor asistencial del farmacéutico comunitario sino también su labor investigadora
Buscar fórmulas de colaboración paritaria con las universidades españolas para desarrollar proyectos de investigación con la red de farmacias comunitarias (FC) de SEFAC que favorezcan un mayor número de publicaciones científicas de calidad desde la FC
Ámbito gubernamental
Seguir apoyando la necesidad de una especialización en FC donde se refuerce la formación en investigación desde la FC
Buscar fórmulas de acceso a los fondos de carácter público tanto a nivel nacional como internacional
El carácter de establecimiento sanitario privado de interés público, integrado en la prestación farmacéutica del SNS, del que goza la FC debería permitir su colaboración, como un centro más, en la realización de estudios clínicos (EECC), estudios de farmacovigilancia y estudios post-autorización observacionales de interés para la salud pública en éste ámbito
Industria farmacéutica
Conseguir hacer visible la FC a la industria y colaborar con ella como centros de investigación en estudios post-autorización/otros, bajo el paraguas del nuevo marco recientemente aprobado para la realización de EECC
Buscar fórmulas de colaboración con la industria que ayuden a reforzar el rol del farmacéutico comunitario como investigador y desde su experiencia y conocimiento ayudar a mejorar la formación sobre metodología en investigación que permita consolidar la incipiente red de FC
Otras sociedades científicas de profesionales sanitarios
Establecer acuerdos de colaboración (por ejemplo, con médicos y farmacéuticos de hospital, tal y como ya ha realizado SEFAC con sociedades como SEMERGEN o SEFH) que favorezcan la investigación colaborativa con la FC y su publicación posterior





Opiniones del sector sobre los retos de la farmacia comunitaria

Jesús Aguilar Santamaría

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)

Una nueva Farmacia, un nuevo farmacéutico



La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) cumple 15 años, tres lustros de historia en los que el farmacéutico y la Farmacia han cambiado mucho, como lo ha hecho la sociedad. La profesión farmacéutica está inmersa en un proceso evolutivo acorde a la transformación sociodemográfica que vive España; todo está cambiando y los farmacéuticos no somos meros observadores, sino que estamos trabajando para ofrecer nuevas soluciones asistenciales que respondan a este reto, mejorando la salud y aportando eficiencia.

Cronicidad, polimedicación o dependencia, entre otros, representan un desafío para los sistemas sanitarios a los que pueden y deben hacer frente aprovechando el activo que representan las 21.854 farmacias y los 47.000 farmacéuticos que desarrollan su labor asistencial en las mismas. Una red de establecimientos y profesionales que, en coordinación con el resto de estructuras y personal sanitario, han consolidado un Sistema Nacional de Salud (SNS) ejemplo en todo el mundo y que ahora está afrontando una necesaria transformación.

En este camino, el modelo de Farmacia garantiza el acceso al medicamento, a la prestación farmacéutica, la independencia y calidad en la asistencia; y sobre estos pilares estamos avanzando en la consolidación de servicios profesionales farmacéuticos en torno al medicamento. Servicios que, además de los ya existentes, mejoren el uso responsable de los mismos, optimizando los resultados y reduciendo el número de errores asociados a su utilización, errores que en la actualidad provocan un buen número de ingresos hospitalarios y costes para el sistema.

Toda esta filosofía está recogida en la *Declaración de Córdoba*, un documento de consenso que recoge el compromiso de una Farmacia renovada que trabaja para un nuevo paciente en una nueva sanidad, apoyándose en la innovación, la formación, el uso de las nuevas tecnologías y el trabajo colaborativo con el resto de profesionales. La profesión farmacéutica está siendo activa en esta adaptación colaborando con las diferentes Administraciones, quienes ahora tienen la responsabilidad de promover la implicación real de la Farmacia en diferentes proyectos en beneficio del paciente.

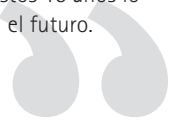
En concreto, se trata de impulsar la participación de la red de farmacias en las estrategias de atención sociosanitaria y domiciliaria; integrarlas de manera efectiva en las políticas, planes y estrategias de Salud y favorecer la dispensación en las farmacias de las innovaciones farmacológicas que no requieran de un control hospitalario. Limitar la disponibilidad de determinados medicamentos —como está sucediendo— sin un criterio sanitario, supone un grave perjuicio para los pacientes que ven limitado el acceso al medicamento y genera costes innecesarios para el sistema y para el propio ciudadano en transportes y tiempos innecesarios.

Este es el camino hacia una nueva Farmacia, renovado centro sanitario integral apoyado en las nuevas tecnologías, y un nuevo farmacéutico, ofreciendo servicios profesionales para un nuevo paciente. En este proceso es necesario que las diferentes Administraciones doten de viabilidad al conjunto de las farmacias, tanto rurales como urbanas y que tengan en cuenta una retribución complementaria, acorde con los nuevos servicios profesionales farmacéuticos si, como están demostrando, contribuyen a mejorar la salud de los ciudadanos y aportan eficiencia al Sistema Nacional de Salud.

La profesión farmacéutica va a seguir trabajando en esta línea, desde la responsabilidad sanitaria y compromiso con el paciente, como siempre ha hecho. Estamos demostrando que la Farmacia es un activo imprescindible en términos de cohesión, eficiencia y sostenibilidad; ahora ha llegado el momento de que su integración en el SNS sea efectiva, si queremos dar la mejor respuesta a los nuevos retos que nos plantean los pacientes.

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria está participando activamente en la consecución de este proceso, estos 15 años lo avalan, y estoy seguro de que lo va a seguir haciendo en el futuro.

Muchas felicidades.



Rafael Bengoa Rentería

Director de Deusto Business School Health y exconsejero de Sanidad de Euskadi (2009-2012)

Las farmacias comunitarias en la transformación de la sanidad



La transformación de la sanidad en España es ya inevitable.

El debilitamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) debilitará a todos los actores que dependen de él. Ese debilitamiento ya ha empezado en parte por fuerzas externas al SNS y otras internas al SNS.

La tendencia confirma que el 91,3 por ciento de la mortalidad en nuestro país se debe a las enfermedades crónicas, que el desmesurado crecimiento de la obesidad en adultos y niños significa aún más diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Por otro lado, en nuestro país habrá más de un millón de personas con demencia senil en 15 años.

En definitiva, nos enfrentamos a más enfermedades crónicas y a mayores tensiones para la sostenibilidad de la sanidad.

Estos escenarios no se resuelven a base de impuestos y más deuda para el país inflando el sector con más recursos, sino que se resuelven transformando el modelo asistencial en el que nos hemos acostumbrado a vivir.

Se ha acabado el modelo que presumía de un crecimiento económico para el sector del 7-8 por ciento anual. Como el crecimiento será a partir de ahora mucho más modesto es vital reconfigurar el modelo.

Hay países y comunidades autónomas (CCAA) que han iniciado la necesaria transformación, pero son más la excepción que la regla. La mayoría se conforma simplemente microgestionando el día a día como si esas mejoras pudieran con los retos que le vienen encima al sector.

El precio de esa actitud complaciente será muy alto para todos los actores concernidos incluidos los farmacéuticos comunitarios. Si uno no transforma, uno se condena a racionar a partir de ahora y ese racionamento afectará también a las farmacias.

La buena noticia es que sabemos cómo desarrollar es transformación.

Para esa transformación los líderes del sector disponen hoy de un amplio arsenal de intervenciones. Entre otras, existen herramientas para convertir pacientes pasivos en pacientes activos; existen nuevos roles profesionales para la gestión de casos, se dispone de trayectorias integradas de cuidados (care pathways); de tecnologías que permiten prestar servicios a distancia (e-health, m-health); de incentivos y desincentivos para reducir ingresos y reingresos en el hospital; de nuevas formas de estratificación de la población por riesgo, lo cual permite apuntar mejor las intervenciones preventivas o asistenciales; de nuevos sistemas de apoyo a decisión clínica y de nuevas formas de contratación orientadas a contratar valor en lugar de solo actividad. Esa batería de herramientas permite organizar el modelo asistencial de forma diferente.

La evidencia que surge de aquellas organizaciones donde ha habido un liderazgo transformador nos confirma el camino a seguir. En Estados Unidos (EEUU), por ejemplo, el modelo de transición de cuidados desarrollado actualmente en más de doce Estados ha conseguido reducir los ingresos hospitalarios en un 54 por ciento, los reingresos al hospital en un 24 por ciento y las visitas a urgencias en un 27 por ciento. Para lograr datos así es necesario transformar el modelo asistencial y gestionar de forma más eficaz a los enfermos crónicos. Igualmente, existen numerosos ejemplos parecidos en Europa y en España con resultados positivos en cuanto al potencial de mejora de calidad y sostenibilidad. Por ejemplo, el estudio *TELBIL* desarrollado en el marco de la Estrategia de Crónicos de Euskadi, prueba como un modelo de tele-monitorización de crónicos complejos desde atención primaria consigue una sustancial reducción de ingresos y estancias hospitalarias.

Cuando uno se fija en esa batería de intervenciones es fácil entrever:

- Esos cambios construyen un modelo progresivamente más comunitario dándole un mayor protagonismo al domicilio y a los actores en la comunidad —atención primaria, farmacias, enfermería comunitaria.
- Que el farmacéutico comunitario puede añadir valor en prácticamente todas esas intervenciones, con lo cual en esa transformación los farmacéuticos comunitarios tenderán a asumir un papel creciente.

Es cierto que este colectivo lleva años diciendo que puede aportar más valor a la sanidad apoyando a programas del sector público y que esto aún no ha tomado la forma deseada. No parece muy lógico seguir reclamando un papel mayor si no se prueba por parte de todos que ese plus mejora la calidad de la atención y la sostenibilidad del SNS.

¿Cómo avanzar?

En primer lugar el ámbito de política sanitaria deberá crear condiciones incentivadoras hacia un modelo de crónicos y favorecer aquellos proyectos innovadores que prueben su validez y eficiencia y mejoren la calidad, lo que acelerará su escalabilidad.

Por otro lado, los farmacéuticos comunitarios deberán comprender que la transformación se hace con el fin de hacer sostenible el sector, tema que interesa a todos los actores del sistema. La literatura sobre la participación de los profesionales de la salud (medicina, enfermería, farmacia, etc.) confirma que ya no es suficiente con que los clínicos sean excelentes clínicos y farmacéuticos y enfermeros, sino que es necesario que participen activamente en gestión y organización para lograr buenos resultados.

En tercer lugar, parece evidente iniciar una serie de pruebas piloto en las CCAA con el fin de probar que el papel de farmacéutico comunitario añade el valor que se puede añadir.

En conclusión, es cierto que tenemos un gran reto de sostenibilidad en el SNS. Sin embargo, disponemos de medios de gestión para avanzar, disponemos de profesionales de la salud excelentes, tenemos ejemplos pioneros con muy buenos resultados y disponemos de recursos en un país que se gasta casi el 10 por ciento del Producto Interior Bruto en sanidad. Todo ello confirma que es posible transformar la sanidad.

Para lograr ambos objetivos a partir de ahora parece más lógico contar con todos los actores comunitarios.



Miguel Ángel Calleja Hernández

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

El farmacéutico comunitario como protagonista en la transformación del sistema sanitario



Desde la visión de la farmacia hospitalaria, los próximos años serán vitales para garantizar una mejor asistencia sanitaria y una continuidad asistencial a nuestros pacientes. En el momento actual el sistema sanitario está transformándose con una orientación cada día mayor al paciente crónico y facilitando la conexión entre la atención primaria y la atención hospitalaria.

Ambos niveles requieren un alto nivel de especialización y cualificación y el farmacéutico comunitario puede y debe ser protagonista en esta transformación profunda que nuestro sistema sanitario está realizando.

Para asumir este gran reto, es importante disponer de una formación continuada potente y sólida, priorizar la atención y seguimiento al paciente en su globalidad y mejorar la comunicación y el sistema de información clínica entre atención primaria y el hospital, incluyendo, por supuesto, a la farmacia comunitaria en este flujo de información. Esto tanto para disponer de los datos necesarios como son los análisis clínicos, informes de diferentes especialistas, cultivos microbiológicos, entre otros, como para aportar datos importantes sobre el seguimiento, adherencia, interacciones, tratamientos de indicación farmacéutica e intervenciones del farmacéutico comunitario sobre el curso evolutivo del paciente.

Comunicación directa, rápida, ágil e instantánea que permitirá que haya un poco de nuestros hospitales en cada farmacia comunitaria a la que acuden los pacientes y un poco de la farmacia comunitaria en cada uno de nuestros hospitales.

Iniciativas de conciliación terapéutica, seguimiento coordinado y formación conjunta son importantísimas en estos años venideros para poder trabajar entre los farmacéuticos de hospital y los farmacéuticos comunitarios.

Entender que todos los pacientes que requieren atención hospitalaria son susceptibles de mejorar su farmacoterapia mediante el seguimiento coordinado, independientemente del lugar en el que sean atendidos para la dispensación de sus medicamentos, nos permitirá establecer alianzas comunes, para mejorar el confort y la comodidad a nuestros pacientes, así como la accesibilidad máxima a su tratamiento.

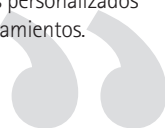
Para conseguir estos objetivos es fundamental facilitar la comunicación entre farmacia comunitaria y farmacia hospitalaria mediante un conocimiento mutuo, sesiones clínicas compartidas para debatir sobre los pacientes que están en seguimiento coordinado y así facilitar el tratamiento de nuestros pacientes.

El acceso de la farmacia comunitaria a la historia clínica del paciente es un paso necesario para poder disponer de toda la información necesaria para realizar el seguimiento farmacoterapéutico. Para el farmacéutico de hospital el acceso a esta información y la posibilidad de incorporar nuestro seguimiento ha sido fundamental para una evolución adecuada y un seguimiento completo y ha supuesto un antes y un después en la atención farmacéutica que, junto a la entrevista personalizada, nos permite disponer de la información más completa para las intervenciones farmacéuticas.

De este modo, el farmacéutico comunitario se convertirá en un aliado efectivo del paciente que lleve al máximo la especialización del hospital a la cercanía del paciente y la integre con el resto de la información de la que dispone por su situación privilegiada junto al paciente y su entorno familiar y social.

El convenio que la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria tiene firmado con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria nos permite un marco general de trabajo que facilitará esta transformación y los proyectos sobre el paciente crónico o, mejor, la persona con una o más enfermedades crónicas. Esto debe ser lo habitual entre ambos colectivos: trabajar juntos para la mejora de la efectividad y seguridad del paciente diabético, con patología respiratoria, hipertenso, etc. y ser comunes y constantes.

Por otro lado, el liderazgo de la farmacia comunitaria en la prevención de enfermedades y la anticipación a la respuesta de los nuevos tratamientos puede ser una colaboración interesante y necesaria para poder conseguir una terapia cada vez más personalizada e individualizada, con predicción de la respuesta y adaptando los tratamientos mediante sistemas personalizados que faciliten la adherencia de nuestros pacientes a sus tratamientos.



Tomás Castillo Arenal

Presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes

La farmacia del paciente



La farmacia comunitaria es para los pacientes crónicos y sus familiares el mejor aliado que uno pueda imaginar. Aunque esté muy dicho, conviene recordar que es el profesional sanitario más accesible que tenemos. Además...

Un buen profesional al otro lado del mostrador nos ayuda a informarnos mejor sobre nuestros tratamientos, a disipar miedos, a aclarar dudas que quizás el médico no haya sabido o podido explicarnos o que nos surgen a la hora de tomar el fármaco, a detectar contraindicaciones que nos evitan nuevos problemas de salud...

Para los pacientes crónicos, normalmente polimedicados, un buen profesional en nuestra farmacia nos ayuda a no saltarnos la medicación, a adherirnos a ella y, por tanto, a optimizar sus efectos. A explicarnos para qué tomamos cada 'pastilla', a hacernos corresponsables de nuestra salud mediante el seguimiento del tratamiento farmacológico. Nos ayudará a entender por qué no debemos automedicarnos y evitará así efectos negativos en nuestra salud.

Ojalá los pacientes encontrásemos un buen profesional comprometido detrás de cada mostrador de una farmacia. Sin embargo, según el estudio *refcom*, casi 8 de cada 10 pacientes afirman que el farmacéutico no le pregunta si se trata de un comienzo o una continuación de tratamiento. Un 41 por ciento de los usuarios no acude nunca al farmacéutico para resolver dudas sobre su medicación. El 26,1 por ciento de la población declara que su farmacéutico nunca le suministra información útil sobre su medicación. En estos tres aspectos los pacientes vemos margen de mejora de cara al futuro.

Sin duda, uno de los principales retos que podemos marcar los pacientes es la información sobre medicamentos. Esta cuestión fue mencionada por el 43 por ciento de los encuestados en el Barómetro *EsCrónicos 2015*.

Queda pues camino por recorrer para la farmacia comunitaria de cara a los pacientes crónicos. Sin embargo, el trabajo que realiza la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) está cambiando poco a poco esta fotografía. Desde la Plataforma de Organizaciones de Pacientes ofrecemos nuestro apoyo a esta labor y hemos firmado un acuerdo para caminar juntos hacia nuevos objetivos.

Uno de los puntos de este acuerdo es la introducción de dos preguntas que valoran la labor de la farmacia comunitaria en el III Barómetro *EsCrónicos*. Este barómetro es el único en España que evalúa la satisfacción de los pacientes crónicos con la calidad de la asistencia sanitaria. El Barómetro 2016 nos ayudará a SEFAC y Plataforma a evaluar la labor de estos profesionales y a marcar nuevos retos de futuro. En mayo conoceremos los resultados de esta encuesta y podremos exponerlos en el VII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios.

Pero esta alianza no ha hecho más que empezar. Desde la Plataforma de Organizaciones de Pacientes nos hemos marcado también retos en los que los profesionales de la farmacia comunitaria tienen mucho que decir. Por ejemplo, una de nuestras prioridades es eliminar las diferencias territoriales en el acceso a los tratamientos y medicamentos. Nos encontramos con serias dificultades a la hora de desplazarnos entre regiones para acceder a nuestros tratamientos y los farmacéuticos comunitarios pueden contribuir con soluciones para que la Administración resuelva este problema.

Otro punto esencial es garantizar el acceso a los tratamientos innovadores, que permiten paralizar e incluso curar enfermedades que hasta ahora son incurables. Queremos contar con la farmacia comunitaria en el impulso a un Plan Estatal que garantice este acceso.

Son muchos los puntos de coincidencia en los que pacientes y farmacia podemos avanzar de la mano y queremos trabajar con SEFAC para lograrlos.

En este XV aniversario, queremos felicitar a SEFAC por todo lo recorrido y por sus retos de futuro. Me consta que no ha sido fácil llegar hasta el día de hoy. Como casi todos los proyectos, los comienzos fueron duros pero ilusionantes y, hasta llegar aquí, el principal motor han sido las farmacéuticas y farmacéuticos y el personal que han trabajado duro en su estructura y las socias y socios que han ido cimentando esta sociedad científica tan necesaria para profesionales y pacientes.

SEFAC tiene en Plataforma de Organizaciones de Pacientes una mano amiga para avanzar en sus retos de futuro porque creemos en sus objetivos y porque, sin duda, el cumplimiento de estos retos beneficiará a profesionales y pacientes.



Antoni Esteve Cruella

Presidente de Farmaindustria

Los retos de la farmacia comunitaria



A nadie le cabe duda alguna del papel fundamental que desempeña el farmacéutico comunitario en el abordaje de la enfermedad de un paciente. Esta imagen se ajusta a la realidad, y, sin duda, la reputación de este colectivo se ha cimentado sobre una base sólida que aúna los más altos estándares profesionales con una atención y cercanía exquisitas. Estas son las materias primas que componen la fórmula magistral de la farmacia comunitaria: la confianza.

Una confianza que no ha hecho más que crecer gracias a la ingente labor de instituciones como la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria, que este 2016 cumple 15 años, razón por la que me gustaría felicitaros a todos los que formáis parte de ella y agradecer os el enorme honor de permitirme escribir estas líneas sobre los retos de este colectivo.

Como farmacéutico, creo que el principal reto estriba en seguir posicionando a la farmacia comunitaria como una de las piedras angulares de la atención sanitaria a los pacientes. En este sentido, considero fundamental que se sigan demostrando las dotes y capacidades del colectivo para monitorizar la terapia medicamentosa. Para ello, es primordial que el farmacéutico comunitario actualice sus conocimientos de forma constante y los adecúe a los avances médicos, muy especialmente en una época en la que éstos van a suponer una revolución en el abordaje de las enfermedades que más afectan a nuestra sociedad.

También es —y lo seguirá siendo— decisivo el rol que juega el farmacéutico comunitario en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, ya que ésta es una de las claves principales del éxito en el abordaje de una enfermedad. No me cabe duda de que la adherencia es una preocupación fundamental de la farmacia comunitaria y por ello, SEFAC está ya colaborando con Farmaindustria en un plan específico para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos.

Pero la adherencia no es el único reto que compartimos industria farmacéutica y farmacia comunitaria. El acceso, en todas sus vertientes, es un objetivo común a todos aquellos que pretendemos una atención farmacéutica ajustada las necesidades de nuestra sociedad.

Sin ir más lejos, 2016 ha comenzado con una modificación legislativa muy importante para nuestro sector, pero también para la farmacia, ya que permite, cuando se prescribe por principio activo, dispensar indistintamente tanto un medicamento de marca como un genérico, siempre que estén en el precio más bajo de su agrupación. Este nuevo panorama abre un importante espectro de oportunidades para la farmacia comunitaria, aportando una mayor flexibilidad en la dispensación y ofreciendo una mejor atención al ciudadano.

Porque, como explicaba al principio, la atención, así como el amplio conocimiento del farmacéutico, generan confianza en el paciente. Y es que el farmacéutico ha conseguido que su labor no se perciba únicamente como mera dispensación: el ciudadano tiene la certeza y la tranquilidad de que en la botica va a recibir una atención integral y de calidad. Por eso, todos sabemos el valor que genera tener cerca de casa una farmacia de confianza.

Otro gran reto de este sector es adaptar esta atención integral y de calidad, personal y cercana, a las nuevas tecnologías. Cada vez más, nuestra sociedad sacrifica ciertas cualidades de la atención tradicional por la rapidez y la inmediatez. Esto, por la naturaleza de la dispensación farmacéutica, no puede ocurrir en este ámbito. O por lo menos, no debería ocurrir. La farmacia comunitaria debe convertir la amenaza de impersonalidad que suponen algunas nuevas tecnologías en una oportunidad para aprovechar la figura indispensable del farmacéutico. El futuro de la farmacia comunitaria pasa por encontrar la fórmula que aúne la adopción de las nuevas tecnologías y la atención personalizada de calidad. Y por el carácter de este colectivo, no me cabe duda de que seréis capaces de conseguirlo. Porque la única forma de hacer frente a los cambios es liderándolos. Y la farmacia comunitaria debe liderar la revolución tecnológica en la dispensación farmacéutica.

Todos estos retos, que no son pocos, son asumibles. Sobre todo, porque prosiguen un camino fijado desde hace años por la farmacia comunitaria. Un camino sensato y encomiable en la nada sencilla labor de la dispensación farmacéutica. Sin duda, alcanzar estos retos supondrán para este sector seguir aumentando la ya de por sí importante confianza que el paciente —y la sociedad en general— tiene puesta en el farmacéutico.



María José Faus Dáder

Directora del Grupo de Investigación en atención farmacéutica de la Universidad de Granada

La formación necesaria en atención farmacéutica



“Actualmente podemos considerar a la atención farmacéutica como el conjunto de servicios profesionales farmacéuticos orientados al paciente, y como todo trabajo especializado necesita de una formación en conocimientos y habilidades.

Cuando la atención farmacéutica se comenzó a desarrollar en España en los años noventa, la única vía docente posible fue la de organizar cursos de formación continuada, dirigidos a farmacéuticos interesados en este nuevo campo profesional. Estos cursos intentaban descubrir a los farmacéuticos la necesidad de potenciar el carácter asistencial de la Farmacia. Pronto se hizo patente que esta formación debería de completarse en programas de postgrado más ambiciosos y sobre todo, más completos. Así en 1997 la Universidad de Granada (UGR) ofertó el primer Máster en Atención Farmacéutica de nuestro país y del que hasta ahora se han celebrado más de 40 ediciones de carácter nacional e internacional. Este máster fue una apuesta valiente, pues significó ir creando un cuerpo de doctrina en este campo, y realmente funcionó. Como ejemplo y gracias a esta presión formativa, se desarrollaron conceptos como los de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Se diseñaron métodos para realizar aspectos de esta nueva tecnología sanitaria, como el *Método Dáder* de seguimiento farmacoterapéutico y el desarrollo de la entrevista farmacéutica. De forma inmediata, otras universidades españolas organizaron sus propios másteres y también surgieron programas de doctorado en el ámbito de la farmacia asistencial, que han permitido un avance en la investigación en este campo y conseguir dos logros muy importantes: obtener y publicar resultados de investigaciones rigurosas y aumentar el número de farmacéuticos asistenciales con el grado de doctor.

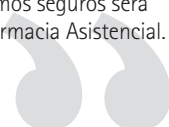
Sin embargo, cada vez se considera más necesario que los farmacéuticos deben de tener una formación básica para después poder especializarse como farmacéuticos asistenciales, y estos conocimientos deben de ser proporcionados en el grado en Farmacia. En España, en la última reforma de los estudios universitarios, Farmacia incorporó en casi todas las universidades la atención farmacéutica como asignatura troncal, pero al no existir un área de conocimiento, estas asignaturas en general son impartidas por departamentos con poca experiencia en el campo profesional. Además, no es suficiente una sola asignatura, ya que el mundo de los servicios cognitivos farmacéuticos es amplio y requiere de numerosos y diversos conocimientos.

Una encuesta realizada a profesores y estudiantes de Farmacia revela que un porcentaje muy alto de los encuestados refiere que los estudiantes no están bien formados en este campo, lo que contrasta con los datos de otros países como Australia, Canadá o Estados Unidos, donde se está imponiendo una farmacia más orientada a servicios y, por tanto, los estudiantes de Farmacia reciben una formación más asistencial.

Actualmente en nuestro Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la UGR estamos trabajando de forma prioritaria en diseñar la formación que necesitan los futuros farmacéuticos asistenciales, que representan a más del 80 por ciento en las salidas profesionales. Para ello es imprescindible la existencia de departamentos o unidades en Farmacia Asistencial, a semejanza de los que existen en los países más desarrollados, donde se reúnan docentes e investigadores con experiencia en este campo y con una fuerte relación con el mundo profesional. Estos docentes serían los encargados de desarrollar las enseñanzas de esta disciplina en Farmacia Asistencial, que debería abarcar todos aquellos conocimientos necesarios para poder realizar los servicios profesionales farmacéuticos, tales como: dispensación de medicamentos, indicación farmacéutica, mejora de la adherencia, educación para la salud, seguimiento farmacoterapéutico, conciliación de la medicación, farmacovigilancia, gestión de la enfermedad, intervenciones clínicas, y otros servicios que se manifiesten como necesarios en el futuro. También tendrán que desarrollarse todos los aspectos conceptuales y prácticos del papel asistencial del farmacéutico, como son: promoción de la salud y servicios preventivos, reconocimiento de síntomas, gestión integral de la enfermedad y de la farmacoterapia, proceso del uso de medicamentos, entrevista clínica, resultados negativos asociados a la medicación, seguridad del paciente, etc. Será importante enseñar a los futuros farmacéuticos como trabajar para ser buenos informadores de medicamentos, como valorar la literatura científica y realizar práctica clínica basada en la evidencia, escritura profesional, etc.

Además de estos conocimientos relacionados con las ciencias clínicas, los estudiantes de farmacia tendrán que recibir formación en aspectos sociales y compartamentales relacionados con la práctica farmacéutica, tales como: comunicación con pacientes y con profesionales de la salud, ética personal y profesional, y salud pública en farmacia. Y conocimientos en gestión y administración, como: ámbitos asistenciales, farmacoeconomía y economía de la salud, gestión profesional, implantación de servicios, gestión de equipos, políticas de salud, informática farmacéutica, etc.

En todos estos aspectos, se necesitan la adquisición de conocimientos y de habilidades que permitan al farmacéutico incorporarse de forma activa a los equipos de salud. Y es un reto para todos, trabajar para conseguir esta evolución en la formación de los farmacéuticos, que estamos seguros será posible a través de estos departamentos o unidades en Farmacia Asistencial.



Carlos González Bosch

Presidente de COFARES y presidente de la Comisión de Sanidad de la CEOE

Retos eclipsados por la financiación



SEFAC forma parte de lo que es la más profunda sensibilidad, respecto al desarrollo de nuestra actividad profesional, por ello para mí es especialmente grato realizar estas reflexiones en su ámbito de actuación.

Probablemente estemos viviendo unos momentos en el que la mayoría de los retos que se asumen en el sector de la sanidad quedan eclipsados por una palabra que se llama financiación.

No en vano la sanidad es una de las columnas básicas de nuestro Estado de Bienestar y, dentro de ella, el sector farmacéutico tiene una importancia capital derivada de su dinamismo y su capacidad de ir dando soluciones a problemas terapéuticos que son superados y aparecen otros nuevos.

En este escenario, las sociedades científicas juegan un papel fundamental y en el mundo de la farmacia, sin duda, han contribuido de una forma decisiva a la imagen que tiene la sociedad de lo que hoy en día es un farmacéutico en una oficina de farmacia.

Nuestra Farmacia no se enfrenta a retos diferentes a los que tienen que hacer frente las de los países de nuestro entorno. Pero sí que tiene unas características que la hacen especialmente vulnerable, y estas tienen que ver con la capilaridad, en consecuencia, su dimensión y como síntesis de ambas, su cercanía al paciente.

Tenemos un modelo de farmacia asistencialmente muy eficiente, que tiene una viabilidad económica comprometida, como consecuencia de los flujos de financiación vinculados a los ciclos económicos.

En tanto en cuanto no se rompa esta ligazón y se gestione nuestra sanidad a través de un Pacto Nacional que ponga las máximas cautelas y garantías en que estos ciclos no supongan saltos en el vacío para el mantenimiento de nuestro sistema asistencial, los problemas de viabilidad persistirán.

Por ello, es especialmente necesario impulsar y desarrollar nuestras sociedades científicas para que sean la punta de lanza de nuevas formas de hacer profesión, que nos vinculen más al paciente y a la propia sociedad, al margen de los recursos públicos que siempre serán limitados.

Desarrollar servicios profesionales en nuestras farmacias, atendiendo a la realidad sociológica en la que desarrollan su actividad profesional cada una de ellas, es una obligación de futuro si queremos que nuestra incidencia y peso específico profesional sea tenido en cuenta.

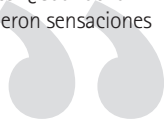
Hacerlo de una forma sistematizada y regulada a través del cumplimiento de protocolos que tienen que emanar de esas sociedades científicas es un impulso necesario que tenemos que apoyar desde todas las instancias farmacéuticas. Y hacerlo con altura de miras, con espíritu de colaboración, en consenso entre aquellos que piensan y los que hacen, es norma obligada si queremos culminar este objetivo con éxito.

Para ello, la formación y la información ocupan un lugar importante en el futuro desarrollo que tenemos que protagonizar los profesionales farmacéuticos. Una formación completa, como corresponde a un establecimiento sanitario que tiene una justificación profesional, su razón de ser es esa; pero que necesita para que esta tenga viabilidad gestionarla empresarialmente.

Y una información, que debe ser explícita e implícita. Explícita en la medida que tenemos que estar conectados al mundo que nos rodea, analizar los cambios en nuestra sociedad, las prioridades de la misma y actuar en consecuencia. El mundo de la farmacia no es un compartimento estanco, es la culminación del deseo de la sociedad de tener acceso a mayores cotas de calidad de vida y bienestar.

E implícita porque ningún farmacéutico en una oficina de farmacia puede estar al margen del acceso a una formación continuada que le permita dar respuesta a todas las incertidumbres que supone tratar con personas y pacientes que tienen problemas y dolencias para los que nos demandan respuestas.

Con ayuda de SEFAC, como con la de tantas otras instituciones, el farmacéutico tiene que recorrer este camino lleno de contradicciones, sobresaltos, alegrías y tristezas, pero ¿cuándo el mundo fue diferente? ¿Cuándo la farmacia fue diferente? ¿Cuándo nuestros compañeros tuvieron sensaciones diferentes?



Máximo González Jurado

Presidente del Consejo General de Enfermería

Farmacias y farmacéuticos en la atención primaria. Una visión enfermera



Si algo nos ha enseñado la historia universal es que la predisposición al diálogo y el entendimiento debe ser una premisa para todo en la vida. Y en el caso de las personas que tienen responsabilidades políticas, independientemente del ámbito donde las ejerzan, dicha capacidad de escuchar, conversar, entender y respetar al prójimo debería ser, ante todo, una cualidad obligada e irrenunciable. Y si bien es cierto que esta misma capacidad de diálogo y entendimiento resulta absolutamente fundamental, todavía es más exigible, si cabe, cuando estamos ante un sector como el sociosanitario, donde cualquier decisión errónea o irresponsable puede tener consecuencias trágicas para pacientes y ciudadanos.

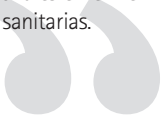
Hace unas semanas, la publicación *Correo Farmacéutico* me pedía una valoración sobre la hoja de ruta que se ha venido a establecer en el ámbito familiar y comunitario para la farmacia. Y la respuesta creo que fue muy clara: la profesión enfermera siempre está dispuesta a escuchar y dialogar, y además hacerlo bajo dos premisas: priorizar siempre los derechos y la seguridad de los pacientes frente a cualquier otro interés —incluyendo entre ellos los nuestros propios—, y tratar de entender también cuáles son las motivaciones de nuestros interlocutores. Es decir, nuestra opción es y será siempre todo lo contrario a lo que nosotros hemos encontrado en determinadas instituciones médicas corporativistas. Aunque la diferencia aquí es más sangrante si cabe, pues en nuestro caso no queríamos competencias nuevas, simplemente buscábamos que se cumpliera la Ley del Medicamento y se dotase de seguridad jurídica a determinadas actuaciones profesionales en el ámbito del fármaco que ya venimos haciendo desde hace muchos años, y además, con la absoluta connivencia de toda la sanidad.

Nuestra profesión tiene claro que el centro del sistema sanitario debe ser siempre el paciente, y sus derechos, su seguridad y sus necesidades, anteponiendo siempre esta realidad frente a cualquier interés corporativista. Por eso, los farmacéuticos no van a encontrar en nosotros nunca posturas fundamentalistas, radicalizadas o egoístas. Porque no tenemos miedo a que otros crezcan en beneficio del paciente. Por ello no nos negamos en absoluto a que los farmacéuticos puedan desarrollar nuevas funciones profesionales, eso sí, siempre desde la legalidad vigente, la transparencia, la colaboración y la evidencia científica.

Y en este sentido, será necesario antes determinar claramente cuáles van a ser dichas competencias, cómo van a realizarse y, sobre todo, distinguir claramente entre farmacéuticos y farmacias. Y de lo que no puede haber ninguna duda es que los profesionales sanitarios tenemos la obligación de avanzar hacia una colaboración para la atención integral.

Creo en el modelo de farmacia actualmente establecido en España, y creo que tengo criterio para afirmarlo desde la experiencia y el conocimiento pues he tenido oportunidad de conocer todos los modelos existentes. Después de múltiples viajes he constatado que nuestro modelo es realmente bueno para el paciente, porque suple situaciones de desigualdad en el ámbito del tratamiento farmacológico y porque permite llevar la salud a los sitios más recónditos de nuestro país. Y así lo he dicho abiertamente siempre, en mis conversaciones con autoridades sanitarias, en mis presentaciones y conferencias y en mis intervenciones en los medios de comunicación.

Estoy convencido de que en la atención al paciente existen espacios que pueden ser cubiertos por un profesional farmacéutico, asumiendo nuevas funciones que, eso sí, deberán estar siempre suficientemente recogidas y delimitadas dentro de las competencias y qué protocolos y, finalmente, qué profesionales los prestarían. El segundo ejercicio parte de separar claramente dos conceptos: el farmacéutico como profesión sanitaria con una posible capacidad de crecimiento profesional siempre en beneficio del paciente, y las farmacias como entidades de interés público, pero, a su vez, fines legítimamente comerciales. Esta separación resulta fundamental porque el crecimiento de determinadas áreas de asistencia supondría la intervención de los farmacéuticos en los procesos del sistema público. Y este paso requiere de forma incuestionable la integración de los propios farmacéuticos dentro de propio sistema mediante una contratación laboral en exclusiva con el Sistema Nacional de Salud, al igual que ocurre con los enfermeros y debería suceder con los médicos. Y esta situación, es difícilmente asumible en un escenario como el que vivimos donde, en los últimos años, han destruido más de 20.000 empleos enfermeros y existe un déficit de profesionales enfermeros ampliamente reconocido por los políticos y autoridades sanitarias.



José Luis Llisterri Caro

Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

La coordinación entre médicos y farmacéuticos, fundamental para ofrecer una atención sanitaria óptima a los pacientes



Vivimos tiempos en los que los viejos conceptos encorsetados de los papeles que cada agente sanitario desempeñaba en la sociedad han quedado obsoletos. La necesaria reorientación del sistema sanitario hacia el paciente, y en especial, hacia el paciente crónico, obliga a establecer nuevas formas de comunicación entre todos los profesionales dedicados al cuidado de la salud de los ciudadanos.

En este sentido, la coordinación entre los médicos de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios es una pieza fundamental para conseguir una óptima asistencia farmacoterapéutica a los pacientes. Precisamente, el concepto de farmacia comunitaria conlleva una mayor implicación asistencial del farmacéutico en beneficio de la salud.

Las bases de la sanidad que estamos configurando deben tener en cuenta que el paciente está demandando nuevos servicios asistenciales de la farmacia, más allá de la simple dispensación de medicamentos: una farmacia profesional y sostenible, comprometida con la salud y la eficiencia del sistema, con una actitud proactiva que fomente, entre otros aspectos, la corresponsabilidad del paciente con su enfermedad, el autocuidado o el conocimiento integral de dicho paciente, abandonando su antigua consideración de simple "cliente".

Para que esta coordinación sea eficaz, es esencial disponer de un lenguaje común que permita una clasificación ágil y certera de las derivaciones entre médicos y farmacéuticos. Por ello, creo que una de las medidas más urgentes que debería abordarse es la de conectar eficientemente la receta electrónica con la gestión farmacéutica como parte esencial para mejorar la atención al paciente crónico.

La situación de cercanía del farmacéutico con el ciudadano también le convierte en un canal muy influyente y directo para fomentar la automedicación responsable e informada en pacientes con enfermedades leves. De hecho, en España entre el 40-60 por ciento de las visitas de atención primaria (AP) son dolencias que se podrían auto-tratar con un adecuado asesoramiento farmacéutico, lo que provocaría tanto una reducción del número de consultas en AP, como del número de fármacos facturados a la Seguridad Social y del número de bajas laborales, entre otras ventajas.

Estamos frente a la gran oportunidad de remodelar la prestación farmacéutica y el modelo asistencial para reorganizar el sistema sanitario en su conjunto y convertir al paciente en su verdadero centro. Para ello, es importante la creación de equipos multidisciplinares que refuercen la comunicación entre médicos y farmacéuticos, así como impulsar iniciativas, al amparo de la Administración, que favorezcan esta necesaria colaboración con el resto de profesionales sanitarios y posibiliten la construcción de puentes de conocimiento y trabajo en común.

También considero indispensable la implicación en el seguimiento fármaco-terapéutico y la alianza con las asociaciones de pacientes para sumar esfuerzos, así como la potenciación del papel de la farmacia en la educación sanitaria, la prevención y la promoción de hábitos de vida saludables. De igual modo que el médico de Familia debe estar en un permanente proceso de formación, es necesaria la formación continuada de los farmacéuticos comunitarios mediante procesos de certificación y recertificación que aseguren la excelencia en la prestación de sus servicios.

Son muchísimas las iniciativas que se pueden poner en marcha entre farmacéuticos y médicos de Familia si hay voluntad por todas las partes, incluida la Administración. De hecho, en el Congreso Nacional de SEMERGEN cada vez hay una mayor presencia de farmacéuticos y hemos realizado desde documentos de consenso en distintas patologías hasta jornadas de formación conjunta relacionadas con el manejo compartido de patologías de interés para los dos colectivos.

En definitiva, el presente y futuro para la sostenibilidad del sistema pasa por la comunicación e interrelación entre todos los agentes que conformamos el Sistema Nacional de Salud, con un concepto mucho más global e interconectado, y en el que los farmacéuticos tienen un papel muy importante. Sin lugar a dudas, el tándem médico de Familia-farmacéutico comunitario sentará las bases de una nueva forma de entender la sanidad en nuestro país.



Carmen Peña López

Presidenta de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Coherencia sanitaria para la Farmacia



La Federación Internacional Farmacéutica (FIP), que desde agosto de 2014 tengo el honor de presidir, representa a más de 3 millones de farmacéuticos de todo el mundo con 137 organizaciones miembro. Trabaja por el desarrollo profesional del farmacéutico a nivel mundial.

En su documento *Visión Misión 2020*, publicado en 2008, señala que "en cualquier lugar y siempre que los responsables de la toma de decisiones traten cualquier aspecto relacionado con los medicamentos, en un ámbito global, FIP está participando"; una afirmación que llevada a nuestra realidad cotidiana implica que allá donde esté el medicamento —que es un bien estratégico para la salud— debe estar el farmacéutico.

También señala que la misión de FIP es "mejorar la salud global mediante el avance de la práctica y la ciencia farmacéuticas para hacer posible un mejor desarrollo, acceso y uso seguro de medicamentos adecuados, rentables, y de calidad en todo el mundo."

Sobre la base de esta filosofía, el objetivo de FIP es potenciar la labor asistencial del farmacéutico como profesional sanitario experto en el medicamento y de la farmacia comunitaria como establecimiento sanitario imbricado en los sistemas de salud, algo que coincide plenamente con la razón de ser de SEFAC.

Para lograr este objetivo en FIP estamos trabajando sobre el plan denominado *Dos veces dos—Two times two*, que implica dos acciones a dos niveles.

La primera acción es el desarrollo profesional del farmacéutico y la segunda acción es la promoción y defensa de los intereses de nuestra profesión. Cada una de ellas ha de abordarse a dos niveles: a nivel individual y a nivel colectivo.

Para llevar a cabo este plan hemos planteado nuestras líneas estratégicas en función de tres áreas principales, que son las personas, los servicios y la sostenibilidad, de forma que muchas de las acciones y proyectos tangibles de FIP a nivel global y a nivel local dimanen y confluyen sobre las mismas.

Es una estrategia que ha de partir de la educación del farmacéutico, tanto de grado, como de posgrado y de la formación continuada necesaria para su desarrollo profesional.

Por ello, desde hace algunos años FIP está impulsando un programa sobre educación del farmacéutico a nivel global que consideramos de la mayor importancia para el futuro del farmacéutico en todo el mundo. Todo ello sin olvidar que el desarrollo profesional del farmacéutico tiene muchas facetas: la investigación, la industria, la universidad, la clínica —entre otras— son ruedas de un gran engranaje —la Farmacia— y si falla una de ellas afecta a todo el sistema.

Sin embargo, la faceta más cercana y accesible de nuestra profesión para los ciudadanos es la farmacia comunitaria. Un reciente estudio realizado por FIP en 71 países revela que hay más de 1.700.000 farmacias comunitarias, que dan servicio a cerca del 79 por ciento de la población mundial, con una media estadística de unos 15.500 habitantes por farmacia, aún con grandes oscilaciones entre distintos países, desde 1.563 hasta 356.125 habitantes por farmacia.

Lo que es irrefutable es que la farmacia comunitaria es clave en el acceso seguro y responsable al medicamento de la población mundial.

Una población que plantea nuevos retos y presenta un nuevo perfil del paciente que necesita que la farmacia ofrezca soluciones de salud más allá de la dispensación de medicamentos. Estamos hablando de Farmacia Clínica, de una farmacia asistencial renovada, centrada en el medicamento y orientada hacia los servicios al paciente. Estos servicios de calidad, basados en la evidencia, eficaces para el paciente y eficientes para los sistemas sanitarios, deberán ser remunerados adecuadamente.

Así mismo, la perspectiva global que proporciona FIP nos permite percibir que todos los países —en función de sus posibilidades y necesidades— están desarrollando una estrategia sociosanitaria de la que es parte la estrategia sanitaria, y dentro de ella, la estrategia sobre el medicamento. Por tanto las respuestas sobre el medicamento no se pueden aislar de las del resto de la sanidad: es un asunto de coherencia sanitaria.

Coherencia sanitaria que debe marcar en los próximos años las políticas en torno a la Farmacia, para poder asegurar el acceso y el uso responsable de los medicamentos, siempre en beneficio del paciente en todos los lugares del mundo.

Conseguir que sea así es labor de todos.



Federico Plaza Piñol

Government Affairs Director en Roche y exdirector general de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad (1997-2002)

Retos de la farmacia comunitaria 2020



La farmacia comunitaria es un potente radar que toma continuamente el pulso del funcionamiento de nuestro sistema sanitario en particular y, más en general, de la evolución de nuestro Estado de Bienestar. Y además el “tono vital” de la farmacia comunitaria nos ilustra continuamente cómo “respiran” las dimensiones política, social y económica de España.

Nuestro modelo de farmacia es el mejor conocedor de las inquietudes de ciudadanos y pacientes, donde el estado de salud o enfermedad se superpone con otras dimensiones esenciales de la vida que conforman nuestras preocupaciones e inquietudes, nuestros momentos de felicidad y angustia, nuestras ilusiones y expectativas, y, en definitiva, nuestra calidad de vida.

Y es por ello que nuestra farmacia tiene un innegable valor social que va más allá del cuidado del paciente.

La farmacia comunitaria se ha de preparar para atender desafíos que no podíamos imaginar hace unas décadas. Uno de cada dos niños que nacen hoy cumplirá cien años. En no mucho más de 30 años, la esperanza de vida se acercará en los países desarrollados a los 120 años. Esto supondrá un incremento desmesurado de las enfermedades crónicas. Hoy, más de la mitad de la población española sufre al menos una enfermedad crónica. Y pasados los 65 años, la media es de cuatro. Y esto absorbe el 80 por ciento del gasto sanitario.

La gestión del envejecimiento y la cronicidad es el mayor reto al que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud (SNS). Y los servicios se han de prestar priorizando equidad y eficiencia allí donde son más necesarios. Como indica un informe reciente de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (sem-FYC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), con el modelo actual de sistema sanitario se está atendiendo de forma repetitiva una y otra vez a los mismos pacientes: ese 5 por ciento situado en el más alto nivel de riesgo, y que provoca el 48 por ciento de las visitas y el 33 por ciento del gasto.

Si somos capaces de cambiar el modelo y mantenerlo más estable, los esfuerzos podrán dirigirse, también, al resto de niveles de menor riesgo para evitar la progresión en la enfermedad. Y aquí el papel de la farmacia comunitaria de forma coordinada con el médico de atención primaria ha de ser crucial.

Por otro lado, estamos asistiendo a la llegada de nuevas herramientas terapéuticas cada vez más efectivas en el abordaje de situaciones patológicas que en la actualidad no están convenientemente tratadas.

Este es el caso de los tratamientos de las enfermedades raras, que supondrán la tercera parte de los nuevos medicamentos de aquí a 2020. Habremos pasado en un corto periodo de tiempo de unos pocos medicamentos huérfanos a más de 200 nuevas moléculas en 2020. El 7 por ciento de nuestra población podría estar afectado por una de las casi 7.000 enfermedades raras actualmente descritas y esto supone 3 millones de personas a lo que hay que añadir la enorme carga de cuidados para sus familias.

Otra tercera parte de los nuevos medicamentos serán fármacos biológicos indicados en cáncer. Son medicamentos complejos, basados en medicina de precisión dirigida a dianas moleculares que se perfilan cada vez más por el mayor conocimiento de los fundamentos genéticos de cada subtipo de cáncer. Estos hallazgos van consiguiendo el reto de ir convirtiendo el cáncer en una enfermedad crónica. Y a esto se ha unido la inmunoterapia como herramienta eficaz en la mejora de la supervivencia.

El último tercio de las innovaciones de aquí a 2020 serán medicamentos indicados en la patología cardiovascular, enfermedades infecciosas (donde la Hepatitis C seguirá teniendo un protagonismo especial) o enfermedades autoinmunes, neurodegenerativas, ámbitos en los que se producirán avances relevantes en esclerosis múltiple y probablemente más modestos en Alzheimer.

El desarrollo de nuevos medicamentos estará más orientado en los próximos años a la atención especializada que a la primaria, ámbito este último en el que la dispensación de genéricos y medicamentos originales con patente vencida alcanzará el 90 por ciento de los envases.

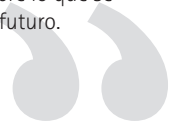
Este es el contexto —unido al envejecimiento— en el que se habrá de desenvolver la farmacia comunitaria a partir de 2020:

- Más de un 60 por ciento de la población con enfermedades crónicas donde el sistema sanitario llegará al domicilio del paciente y contendrá la hiperfrecuentación de consultas.
- Enfermedades con alta tasa de mortalidad irán tendiendo a mejorar significativamente la supervivencia con la consiguiente necesidad de cuidados desde la atención primaria.
- Y patologías hoy sin curación irán teniendo un abordaje terapéutico eficaz pero no exento de riesgos.

A modo de conclusión, de aquí podemos deducir que el farmacéutico comunitario ha de prepararse para un *empowerment* acelerado de los sistemas de salud hacia aquellos agentes sanitarios más cercanos al paciente. Para ello va a ser más importante que nunca no sólo la formación continuada en el nuevo entorno terapéutico que se avecina, sino el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades para cuidar a enormes grupos de población crónica que no van a poder depender tan directamente de la hiperfrecuentación de los dispositivos asistenciales habituales del SNS.

Tengo muy claro que la farmacia comunitaria tiene la capacidad y compromiso para estar a la altura de un futuro tan complejo. Y estoy plenamente seguro de que el farmacéutico será uno de los pivotes sobre lo que se asentarán cada vez más la prevención y los cuidados del futuro.

Muchas gracias por estar ahí siempre.



Jordi Ramentol Massana

Presidente de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp)

Desafíos de la farmacia comunitaria para los próximos años



El conocimiento y el reconocimiento del autocuidado en su práctica profesional diaria deberían ser, a juicio de anefp, un imprescindible en el listado de retos que, tanto la farmacia como el farmacéutico comunitario, deben plantearse para los próximos años. SEFAC, en una interesante y acertada iniciativa, recoge estos desafíos en un documento conmemorativo del decimoquinto aniversario de la fundación de esta sociedad científica, y a la que desde estas líneas quiero transmitir mi más sincera felicitación.

Se plantean retos, por tanto, en torno al ámbito del autocuidado que pueden ponerse en marcha a través de cuatro acciones clave: la apuesta por el rol profesional del farmacéutico en este campo; el conocimiento de los nuevos medicamentos y productos de autocuidado, desarrollados por una industria cada vez más volcada en el sector *consumer health* y su recomendación para contribuir a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos; la aportación de las nuevas tecnologías y los servicios a implementar asociados al autocuidado.

A estos desafíos necesarios se deben sumar aspectos que la profesión nunca debería olvidar como la proactividad y la incorporación al mundo del autocuidado de las nuevas generaciones de farmacéuticos.

El imparable interés de las personas por su estado de salud, el cuidado y la protección de ésta, y la especial atención que se presta hoy en día a la prevención y al desarrollo de hábitos saludables debe llevar a la confirmación de la farmacia como un centro de salud y bienestar, y del farmacéutico como el profesional de referencia en el autocuidado.

Para ello, el farmacéutico tiene el reto de afrontar su rol profesional cada vez más orientado hacia el autocuidado a través de la recomendación de los medicamentos y productos de autocuidado para garantizar una mejor calidad de vida de las personas.

Estos productos están presentes en el mercado gracias a compañías de autocuidado que apuestan por la farmacia como canal idóneo.

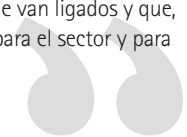
La era de las nuevas tecnologías, una realidad cada vez más presente en nuestra sociedad, también es fundamental para la farmacia y el farmacéutico, especialmente en el ámbito del autocuidado, ya que alcanza también el canal online.

Esta oferta tecnológica representa, además, una oportunidad tanto para la industria del autocuidado como para la farmacia, que con su contribución profesional pueden ofrecer una mejor atención al paciente. El canal online, avalado por la Administración sanitaria y controlado por el farmacéutico, permite el diálogo con el ciudadano y posibilita el asesoramiento y consejo del farmacéutico.

La base de datos de medicamentos sin receta elaborada por anefp, y puesta a disposición de los colegios oficiales de farmacéuticos para la utilización de sus colegiados en sus plataformas digitales de venta de medicamentos sin receta, es un buen ejemplo de la colaboración. Además, esta iniciativa puede replicarse también en otros ámbitos, como en la incorporación de servicios asociados al autocuidado, un reto que se plantea para la farmacia en los próximos años.

La prestación de servicios asociados al autocuidado en campos como, por ejemplo, la cesación tabáquica, supone un desafío para la farmacia que apueste de forma decidida por esta línea de trabajo y que esté definiendo en la actualidad su plan de acción.

Autocuidado, farmacia y farmacéutico, tres conceptos que van ligados y que, al mismo tiempo, representan un reto para la profesión, para el sector y para la sociedad.



Javier Sánchez Caro

Exjefe de los Servicios Jurídicos del INSALUD y miembro de la Comisión de Bioética de SEFAC

Un porvenir basado en dos ejes



A mi juicio, el porvenir del farmacéutico comunitario pasa fundamentalmente por dos ejes: la creación de un modelo asistencial articulado que aproveche las importantes cualificaciones profesionales que posee en el campo del medicamento y que genere, en consecuencia, una mayor vinculación con el ciudadano/paciente, sin perjuicio, claro está, de sus funciones tradicionales (dispensación activa, consejo farmacéutico, etc.) y, en segundo lugar, no menos importante, su incorporación al ámbito de la atención primaria de salud, dada la condición de la oficina de farmacia como servicio público, sin menoscabo de su actividad privada.

Un nuevo modelo retributivo debe de contemplarse como una consecuencia de la nueva forma de actuación.

La mayor vinculación con el ciudadano/paciente significa una mayor implicación del farmacéutico comunitario en la labor asistencial, dotándole a tal efecto de un papel de más relevancia, que supere su tradicional actividad centrada en la preparación y dispensación de medicamentos y le convierta, además, en un agente activo en la tarea de favorecer el uso racional del medicamento, es decir, es preciso encauzar un nuevo proceso de interrelación con el ciudadano/paciente y con el resto de profesionales sanitarios, especialmente con el médico para lo cual ha de tenerse en cuenta lo que se dirá posteriormente en punto a la integración en la atención primaria.

Se trata, pues, de articular todas las funciones que le corresponden en el modelo asistencial, incluyendo aquellas que colorean con mayor intensidad a la relación farmacéutica: dispensación, indicación terapéutica, seguimiento fármaco-terapéutico, información sobre medicamentos, educación sanitaria, prevención, farmacovigilancia, etc.

No se trata de una cuestión nueva, pero sí cada vez más exigente, sobre todo si se tienen en cuenta las circunstancias de toda índole que rodean la actuación de la farmacia comunitaria en un contexto de recursos limitados y de ideas y modelos que pueden no converger totalmente con el *statu quo* existente en la actualidad. A este respecto, conviene recordar simplemente, puesto que se trata de una cuestión suficientemente conocida, que ya fue explicitada por el Consejo de Europa a los Estados Miembros (2001) en la Resolución relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria.

Más aun, se recoge paladinamente en el documento de *Consenso sobre atención farmacéutica*, editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2002), producto de una serie de expertos procedentes de diversos ámbitos de la actividad profesional farmacéutica reunidos al efecto por el citado Ministerio.

Recordemos, por último, que incluso llegó a plasmarse (voluntariamente) en el Concierto (2004) suscrito entre la Consejería de Sanidad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la citada Comunidad.

Desde otro punto de vista, siempre me ha llamado la atención que la importante formación universitaria del farmacéutico comunitario no se emplee en actividades asistenciales para las que está perfectamente capacitado. Podría decirse, permítaseme esta imagen, que nuestras universidades se encargan de fabricar titanes y expertos en grado sumo a los que después la sociedad les permite asumir funciones alejadas de sus verdaderas posibilidades, algo así como gigantes que solo levantan pesos ligeros.

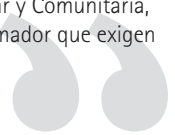
No es fácil, desde luego, saber cuándo va a evolucionar la situación actual, pero tengo para mí que evolucionará en todo caso, dado, como antes se dijo, el cúmulo de circunstancias que nos rodean, siendo, pues, necesario estar preparado para tal situación. A tal efecto, conviene recordar, siempre según mi criterio, que la mayor vinculación asistencial que se predica no es otra cosa que la necesaria búsqueda de la alianza terapéutica farmacéutica, capaz de defender por sí misma la vigencia e importancia social de una profesión cualesquiera que sean los avatares administrativos de la misma.

La incorporación al ámbito de la atención primaria es una condición inexorable del carácter de servicio público que presta la oficina de farmacia, imprescindible para el correcto funcionamiento de lo descrito anteriormente, pues solo la citada integración permitirá el correcto ejercicio de innumerables funciones (programas de salud pública, coordinación con otros profesionales sanitarios, acceso proporcionado a las redes públicas, implicación en los diferentes programas de actuación, acceso a los historiales de salud en la medida necesaria, evitación de fricciones innecesarias desde el momento en que se forma parte de la estructura, etc.).

No cabe duda de que esta nueva forma de hacer requiere imaginación y valentía, ya que nunca ha sido fácil modular las situaciones vigentes en las que el peso de la historia y de la inercia trabajan siempre en contra de cualquier cambio. En todo caso, parece que el mejor instrumento para ello es el Convenio, tal y como ha demostrado su gran plasticidad.

Desde el punto de vista ético, interesa destacar, ahora, los especiales compromisos que SEFAC contrae con la sociedad española y cuya implicación afecta a todos sus miembros.

No se puede olvidar a este respecto que la principal virtud de las instituciones sociales es la justicia y que como tal debe ser perseguida. Por tanto, la obligación institucional y la de sus profesionales, integrados en la organización, es utilizar los importantes conocimientos recibidos en favor de la ciudadanía doliente, de manera que con su actuación se beneficie a las personas más desfavorecidas, asegurándoles de esta manera sus derechos y libertades en una sociedad democrática, pues con dicha forma de proceder se va más allá de los tradicionales principios bioéticos individuales que, desde luego, afectan a los farmacéuticos (beneficencia, autonomía), incardinándose la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria, de esta manera, de modo definitivo, en el tejido transformador que exigen los tiempos actuales.



Julio Sánchez Fierro

Vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario y exsubsecretario del Ministerio de Sanidad (2000-2002)

SEFAC: 15 años de servicio, 15 reflexiones



1. Es un hecho que los farmacéuticos comunitarios desempeñan trascendentales tareas sanitarias, dispensando medicamentos y ofreciendo a los ciudadanos servicios profesionales de alta calidad, con entrega, con vocación, con proximidad, en la ciudad y en el medio rural, en coyunturas de crisis y en las de bonanza.
2. Los farmacéuticos comunitarios son mucho más que técnicos en medicamentos. Son profesionales sanitarios que, con sus servicios asistenciales, contribuyen a que el sistema sanitario obtenga mejores resultados en salud.
3. Los farmacéuticos comunitarios tienen a su cargo una "gestión sanitaria y asistencial" de los medicamentos muy lejana a la posición de quienes, con una visión economicista, pretenden reducir la farmacia a mero punto de distribución minorista.
4. Los farmacéuticos son conscientes de la necesidad de reformas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), para dar respuesta al cambio de paradigma sanitario (cronicidad, envejecimiento, cuidados de larga duración) y, por ello, quieren una farmacia alineada con los nuevos tiempos y las nuevas necesidades de los ciudadanos.
5. En la agenda de reformas farmacéuticas destacan la apuesta por una potente farmacia asistencial y, en particular, por la atención sociosanitaria, la domiciliaria y la teleasistencia; por contribuir al uso racional de los medicamentos y a la continuidad de los tratamientos; por una amplia colaboración con las Administraciones sanitarias en el ámbito de la salud pública y por una creciente atención a los servicios de promoción de vida saludable y de bienestar personal.
6. El trabajo en equipo de los farmacéuticos comunitarios con otros profesionales sanitarios es un objetivo de primer orden, que facilita una cultura asistencial más abierta y colaborativa en beneficio de los pacientes y del sistema sanitario.
7. Los medicamentos biológicos y biosimilares abren una nueva era en la sanidad y mejoran los resultados. Por ello, requieren una atención creciente por parte de los farmacéuticos comunitarios.

8. El futuro de la farmacia debe escribirse fortaleciendo el compromiso asistencial del farmacéutico con el entorno que la rodea, un compromiso que tiene pleno respaldo en la Ley 16/1997 de regulación de servicios de las oficinas de farmacia y que debería traducirse en un reconocimiento sanitario y económico mediante normas, programas y acuerdos con las Administraciones sanitarias.

9. Habría que avanzar en la oferta de servicios profesionales farmacéuticos, promoviendo su estandarización, su plasmación en catálogos y carteras debidamente reconocidas y su difusión entre los ciudadanos.

10. El sostenimiento económico de la farmacia comunitaria requiere abordar una profunda revisión del estatus actual, de modo que, a los decrecientes ingresos por dispensación, se sumen otros, por servicios profesionales, a cargo de las Administraciones sanitarias o de los usuarios.

11. La colaboración de los farmacéuticos comunitarios con los Servicios de Salud debería institucionalizarse y generalizarse en ámbitos como adherencia y cumplimiento terapéutico, PRM, dosificación personalizada, vacunaciones, control de colesterol, hipertensión, diabetes, VIH, drogadicción y tabaquismo; promoción de hábitos de vida saludables; cooperación en problemas de marginación social, de soledad de personas mayores y/o con discapacidad, violencia de género y un largo etc.

12. Los farmacéuticos comunitarios han colaborado en la definición de líneas estratégicas para el futuro de la Farmacia, pero queda camino por recorrer y para ello es preciso utilizar tres palancas claves:

- Una formación renovada en todos sus niveles en sintonía con el cambio de paradigma sanitario y con los nuevos servicios asistenciales.
- Una información farmacéutica atenta a las posibilidades que ofrecen internet y las redes sociales y sensible a las circunstancias de las personas mayores y/o con discapacidad.
- Una participación activa del farmacéutico comunitario en la planificación y desarrollo de la llamada *e-health*, cuidadosa con el fenómeno *big data* y abierta a la creación de plataformas, comunidades u otros instrumentos digitales de signo colaborativo.

13. Es cierto que la farmacia comunitaria tiene a día de hoy no pocos problemas, pero también lo es que para el futuro hay proyectos viables, fieles a la gestión de la cadena del medicamento y aptos para hacer real una farmacia asistencial. Son proyectos que exigen una actitud proactiva del farmacéutico.

14. Es necesario insistir ante la sociedad y ante los poderes públicos en la contribución de los farmacéuticos a la sostenibilidad de nuestro SNS y poner en valor sus importantes servicios, que aportan a los ciudadanos calidad, seguridad, confianza, profesionalidad, agilidad y cercanía.

15. SEFAC a lo largo de estos 15 años ha mostrado su indudable capacidad para ser un factor clave para que los farmacéuticos puedan recorrer con éxito su hoja de ruta dentro del sistema sanitario.



Francisco Zaragoza García

Vocal de Investigación y Docencia del CGCOF y Catedrático de Farmacología de la Universidad de Alcalá

Adaptar la formación a las nuevas exigencias en salud



El ejercicio profesional del farmacéutico ha sufrido numerosas fluctuaciones a lo largo de los años, pero es incuestionable que actualmente goza de un gran prestigio ganado justamente gracias a su buen hacer en las distintas vertientes donde desarrolla su trabajo.

En la farmacia comunitaria es donde la sociedad valora de un modo más directo su actuación permanente, sus aciertos en los consejos terapéuticos, la confianza que genera en cuestiones de salud y el consuelo que entrega en los momentos de mayor debilidad. Estos hechos forman parte consustancial del espíritu farmacéutico y han sido una constante a lo largo de la historia. Pero, no nos engañemos, ello ha sido y es posible gracias a la sólida preparación que otorgan sus estudios. Siempre ha estado al lado del paciente, pero las exigencias en materia de salud, como es lógico, son cada vez mayores y los farmacéuticos no pueden relegar simplemente su proyección laboral al medicamento. Estos son necesarios porque hay pacientes y es a ellos a quien tiene que dirigir su actuación el farmacéutico para cubrir las necesidades sociosanitarias.

Veamos un ejemplo: el avance tecnológico que ha representado la introducción de la receta electrónica ha logrado en buena medida descargar las consultas médicas, sobre todo las dedicadas a enfermos crónicos, habiendo asumido el farmacéutico la tarea de efectuar el seguimiento del tratamiento y su cumplimentación terapéutica sin que esta labor interfiera con la del médico. Más bien al contrario, ya que representa un complemento de la labor prescriptora.

La labor asistencial del farmacéutico es de primer orden, siendo la farmacia comunitaria el centro sanitario que atiende a mayor número de pacientes. Si por atención primaria entendemos que es el primer contacto del paciente con un profesional de la salud, el farmacéutico en la oficina de farmacia es el profesional que asiste a más pacientes.

Pero esta compleja labor requiere un mantenimiento de la calidad asistencial, lo cual no es fácil. Por un lado, existe una buena oferta de cursos acreditados de formación continuada, pero, sin menoscabo de su realización, la formación que ofrece el grado debería contar con unos mecanismos que le dieran más agilidad para adecuar los estudios a las necesidades sociales.

Los avances científicos viajan a velocidad de vértigo y los contenidos de las materias deberían hacerlo también.

En definitiva, creo que deben ir orientados al paciente, que se erige como objetivo principal, y al medicamento como herramienta de primer orden, todo ello acompañado de unas enseñanzas que formen en actitudes prácticas para resolver problemas reales desde la propia universidad.

¿Y cómo puede conseguirse esto? Ante todo, adaptando con flexibilidad los planes de estudios mediante la incorporación de asignaturas que pongan al día los conocimientos. Así por ejemplo, será necesario introducir cuanto antes contenidos de patología, medicamentos biotecnológicos, técnicas de comunicación, criterios para el manejo de los medicamentos y sus posibles problemas relacionados con dichos medicamentos, etc. Y no bastaría solamente con títulos sino que los contenidos deben ser los idóneos.

Aquí surgen al menos dos problemas. El primero consiste en que la introducción de una nueva materia troncal llevaría aparejada la supresión de otra, como es lógico, y esto entraña una seria dificultad. Pero, hemos de ser realistas, y tener la capacidad de reducir la duración de asignaturas que en la época actual no son tan necesarias o no requieren las horas de impartición que se necesitaban hace 30 años.

El segundo problema es algo más arduo. Se trata de la dificultad que entraña la docencia de materias que han de tener proyección hacia el ejercicio en oficina de farmacia por parte de profesores que desconocen este ejercicio profesional. El tema es complicado y la solución, para generar conocimientos a lo largo de promociones, podría estar en una buena oferta de prácticas tuteladas. Realmente, este fue el objetivo marcado por la Unión Europea cuando la primera directiva sobre Farmacia (85/432) obligó a efectuar dichas prácticas en oficina de farmacia o en farmacia de hospital pensando que constituirían un foro en el que la universidad y la profesión se conocieran mejor e intercambiaran conocimientos mediante reuniones periódicas de las que salieran formados los profesores asociados correspondientes. En definitiva, un auténtico acoplamiento entre teoría y práctica.

Los alumnos necesitan formación, pero los profesores también. ¿Será realidad alguna vez la recertificación prevista en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias para todos los ejercientes?



Bibliografía

Abellán-García F, Baixauli VJ, Celada A, Gastelurrutia MA, Gutiérrez P, López J, Molina P, Rodríguez M, Sánchez-Caro J. Código Ético de la Farmacia Comunitaria. Madrid: SEFAC; 2015 [Acceso 26 de enero de 2016]. Disponible en: http://sefac.org/media/2015/codigo_etico_sefac.pdf

Abellán-García F, Baixauli VJ, Celada A, Gastelurrutia MA, Gutiérrez P, López J, Molina P, Rodríguez M, Sánchez-Caro J. Código Ético para la dispensación de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica, a través de sitios webs de las farmacias comunitarias. Madrid: SEFAC; 2014.

Acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid: MSSSI; 2013. [Acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/consejoinforma/Documents/Acuerdo-Marco-Julio-2014-Farmaceuticos.pdf>

Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea. Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea. Bruselas: PGEU; 2012. [Acceso 18 de enero de 2016]. Disponible en: http://static.correofarmaceutico.com/docs/2012/12/26/libro_pgeu.pdf

Alvarez JF. Ciberciudadanía, cultura y bienes públicos. Arbor. 2009; 185(737). DOI:10.3989/arbor.2009.i737.314.

Andrés Rodríguez NF. Investigación de resultados en salud en farmacia comunitaria [Discurso inaugural curso 2015]. Vigo: Academia de Farmacia de Galicia; 2015.

Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Madrid: Ergon; 2004. 106p. ISBN: 84-8473-262-2.

Baixauli Fernández VJ, Satué de Velasco E, Gil García MI, Roig Sena JC, Villasuso Cores B, Sáenz de Buruaga Pérez de Atxa S. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria. Farmacéuticos Comunitarios. 2013; 5(3):119-126.

Baixauli VJ, Rodríguez M, Calle J, Vaillo M, Barral P. ¿Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad? Conclusiones del proyecto refcom. La realidad de la farmacia comunitaria en España. Propuestas para la relación farmacéutico-paciente. Madrid: SEFAC; 2015.

Baixauli VJ, Brizuela L, Murillo MD. Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuestas de mejora. Madrid: SEFAC; 2015.

Baixauli VJ et al. Programa Revisa (Revisión del Uso de los Medicamentos). Barcelona: SEFAC; 2015.

Bayliss E A. Simplifying care for complex patients. Ann Fam Med. 2012; 10(1):3-5.

Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España SL; 2008. ISBN: 978-84-458-1949-4.

Benrimoj SI, Langford JH, Berry G, Collins D, Lauchlan R, Stewart K, Aristides M, Dobson M. Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy. A randomised trial of the effect of education and a professional allowance. Pharmacoeconomics. 2000; 18(5):459-68.

Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Farragher T, Feletto E, García Delgado P, Sáez-Benito L et al. Resultados de la primera fase del programa conSIGUE. Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados. Madrid: Ed. Ergon; 2012. ISBN: 978-84-8473-931-9.

Bernsten C, Andersson K, Garipey Y, Simoens S. A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. Health Policy. 2010; 95(1): 1-9.

Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Social Adm Pharm.* 2012 Jan-Feb; 8(1):36-46. DOI: 10.1016/j.sapharm.2010.12.005. Epub 2011 Mar 31.

Campos Pérez MA. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2007.

Castejón Callejón G. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que causan consultas en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel. Soportes audiovisuales e informáticos Serie Tesis Doctorales. Tenerife: Universidad de La Laguna; 2010.

Chisholm MA, LL Mulloy et al. Impact of clinical pharmacy services on renal transplant patients' compliance with immunosuppressive medications. *Clin Transplant.* 2001; 15(5):330-6.

Chronic Disease Self-Management Program. Stanford Patient Education Research Center. California: Stanford School of Medicine; 2016. [Acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/bibliog.html>

Cioffi ST, Caron MF et al. Glycosylated hemoglobin, cardiovascular, and renal outcomes in a pharmacist-managed clinic. *Ann Pharmacother.* 2004; 38(5): 771-5.

Comisión de Bioética de SEFAC. Un sanitario por descubrir: Situación actual y perspectivas de futuro del farmacéutico comunitario: propuestas para su integración real en el sistema sanitario. Madrid: SEFAC; 2011. [Acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.sefac.org/files/documentos_sefac/documentos/Un_sanitario_por_descubrir.pdf

Cranor CW, Bunting BA et al. The Asheville project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc.* 2003; 43(2): 173-84.

De Castro MS, Fuchs FD et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. *Am J Hypertens.* 2006; 19(5): 528-33.

Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables. Working Paper No. 2013 ESA/P/WP228. New York: United Nation; 2013.

Department of Health UK. A vision for pharmacy in the new NHS. London: Department of Health Publications; 2003 N° 32646.

Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial nº L 255 de 30/09/2005 p. 0022-0142.

Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial nº L 354 de 28/12/2013 p. 0132-0170.

Directrices Conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. Hyderabad: FIP/OMS; 2011.

Dudas V, Bookwalter T et al. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *Am J Med.* 2001; 111(9B):26S-30S.

El papel del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación. Reporte de la 4ª Reunión del Grupo Consultivo de la OMS sobre el papel del farmacéutico. La Haya: OMS; 1998. [Acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: <http://safyb.org.ar/archivos/OMSAutocuidado.pdf>

Encuesta Pfizer: El rol de internet en el proceso de consulta de información sobre salud. Madrid: Pfizer; 2010. [Acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Resultados_encuesta_Pfizer.pdf

Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc.* 2001; 41(2):192-199.

Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2014. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [Acceso 22 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/infoestadistica/documents/estad%e3%91sticascolegiados-farmacias-comunitarias-2014.pdf>

Esteve J, Espinosa E. Remedios secretos, específicos y especialidades farmacéuticas. En: Folch G, Suñé JM, Valverde JL, Puerto FJ, coordinadores. *Historia General de la Farmacia. El medicamento a través del tiempo.* Tomo 2. Madrid: Sol; 1986. p. 698-706.

Esteve de Sagra J. *Historia de la Farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar.* Barcelona: Masson; 2005.

Estrategia para el abordaje de la cronicidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. MSSSI; 2012. [Acceso 22 de diciembre de 2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Fajardo P. Resultados negativos asociados a la medicación causa de consulta a servicios de urgencia hospitalarias. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2011.

Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. *Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos.* Madrid: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada; 2007.

Finley PR, Crismon ML et al. Evaluating the impact of pharmacists in mental health: a systematic review. *Pharmacotherapy.* 2003; 23(12):1634-44.

FIP/OMS. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención al paciente. OMS/FIP; 2006. [Acceso 22 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094s/s14094s.pdf>

FIP. Statement of Policy on Collaborative Pharmacy Practice. Lisboa: FIP; 2010. [Acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=320&table_id

FIP. Sustainability Pharmacy Services: Advancing Global Health. The Hague: FIP; 2015. [Acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.fip.org/files/fip/Sustainability-Pharmacy-Services_Executive_summary_2.pdf

Fornos JA et al. Programa de formación en diabetes en la farmacia comunitaria (DIFAC). Madrid: SEFAC; 2012. [Acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.diabetesenfarmaciacomunitaria.es/edt/data/difac/01_modulo.pdf

Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, panel de Expertos. Guía Práctica para los servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. Mayo de 2010. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-693-1717-4.

Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Panorama Actual del Medicamento. 2014; 38(375): 645-676.

Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Definición de Servicios Profesionales Farmacéuticos y Servicio de Adherencia. Farmacéuticos. 2015; 12: 24.

Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. La enseñanza de la atención farmacéutica en la universidad: conclusiones de la primera jornada taller. [Acceso 22 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/inicio/servicio-sprofesionales/forofarmaciacomunitaria/jornadas-atencion-farmaceutica-universidad/Documents/Conclusiones-Jornada-Universidades-AFFC.pdf>

Garrett DG, Bluml BM. Patient self-management program for diabetes: first-year clinical, humanistic, and economic outcomes. *Am Pharm Assoc.* 2003; 45(2): 130-7.

Gastelurrutia MA. Investigación en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios.* 2010;2(1):3-3

Gattis WA, Hasselblad V et al. Reduction in heart failure events by the addition of a clinical pharmacist to the heart failure management team: results of the Pharmacist in Heart Failure Assessment Recommendation and Monitoring (PHARM) Study. *Arch Intern Med.* 1999; 159(16): 1939-45.

Glynn LG, Murphy AW et al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (3): CD005182.

González Núñez J. La farmacia en la historia. La historia de la farmacia. Barcelona: Ars galenica; 2006. ISBN: 84-9751-179-4.

Grupo de expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. [Acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>

Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2013.

Grupo Mensor Servicios de Salud. La realidad económica de la Farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Carga%20FINF.%20ESTAD%C3%8DSTICA%20FINFORMACI%C3%93N%20ESTAD%C3%8DSTICA%20FLA%20REALIDAD%20ECON%C3%93MICA%20DE%20LA%20FARMACIA%20EN%20ESPA%C3%91A/MENSOR_Enero2011.pdf.

Hahtela T, Tuomisto LE et al. A 10 years asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax.* 2006; 61(8):663-70.

Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1949-56.

Jorgenson D, Laubscher T, Lyons B, Palmer R. Integrating pharmacists into primary care teams: barriers and facilitators. *Int J Pharm Pract.* 2014; 22(4):292-9. DOI: 10.1111/ijpp.12080. Epub 2013 Nov 27.

Jovell A. Pacientes y farmacéuticos: una alianza necesaria y beneficiosa. *El farmacéutico.* 2009; 413: 44-48.

Káiser-Permanente. Káiser Permanente Clinical Operations. Sur de California; 2012. [Acceso 28-04-2014]. Disponible en: <https://www.kaiserpermanente.org/>

Kucukarslan SN, Hagan AM et al. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. *Am J Health Syst Pharm.* 201; 68(4): 335-45.

Laplana Montserrat F, Dalet Escribá F. Gestión de la farmacia comunitaria. Protocolos de atención farmacéutica. Barcelona: Mayo; 1998.

Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. BOE nº 100, (26-04-1997).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, (15-11-2002).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280, (23-11-2003).

Libro Blanco del Título de Grado en Farmacia. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). [Acceso 21 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150368/libroblanco_farmacia_def.pdf.

López Guzmán J. La Atención Farmacéutica desde la perspectiva ética. *El Farmacéutico.* 1998; 214: 56-61.

Los Ciudadanos ante la e-Sanidad. Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario. Observatorio nacional de las telecomunicaciones y de la SI. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. 2012. [Acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf

Martin M, Codina C, Tuset M, Carne X, Nogue S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118:205-210.

Mazzolini TA, Irons BK, et al. Lipid levels and use of lipid-lowering drugs for patients in pharmacist-managed lipid clinics versus usual care in two VA Medical Centers. *J Manag Care Pharm*. 2005; 11(9):763-71.

McDonald KM, V. Sundaram V et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007.

McGlynn EA, Asch SM, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003; 348(26): 2635-45.

McLean W, Gillis J et al. The BC Community Pharmacy Asthma Study: A study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma care protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia. *Can Respir J*. 2003; 10(4): 195-202.

Mendoza A, Plaza J, Calvo E, Márquez E, Quintano JA, Trigueros JA. Programa EPOCA. SEFAC; 2015. [Acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en: <https://www.campusSEFAC.org/epoca/inicio>

Messerli FH, Williams B, et al. Essential hypertension. *Lancet*. 2007; 370(9587): 591-603.

Molinero A, Baixauli VJ, Cantalapiedra F, Codesal T, Fornos JA, Martín MJ, Vía MA. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria sobre prácticas tuteladas. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2014; 6(3):31-42. DOI: 10.5672/ FC.2173-9218. (2014/Vol6).003.05.

Mott DA, Doucette WR, Gaither CA, Kreling DH, Pedersen CA, Schommer JC. Pharmacist Participation in the Workforce: 1990, 2000, and 2004. *J Am Pharm Assoc*. 2006; 46:322-355.

Nkansah N, Mostovetsky O et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jul 7; (7):CD000336. DOI: 10.1002/14651858.CD000336.pub2.

Nolte E, Knai C et al. Assessing chronic disease management in European health systems. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.

NHS and social care. London: NHS; 2005. [Acceso 21-04-14]. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4100317

Oeppen J, Vaupel JW. Demography. Broken limits to life expectancy. *Science*. 2002; 296(5570): 1029-31.

Orden CIN/2137/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Farmacéutico. BOE nº 174, (19-07-2008).

Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.

Pande S, Hiller JE, Nkansah N, Bero L. The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28; 2:CD010398. DOI: 10.1002/14651858.CD010398.

Panel de Consenso. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>.

Perlin JB, Kolodner RM et al. The Veterans Health Administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *Am J Manag Care*. 2004; 10(11 Pt 2): 828-36.

Pharmaceutical Sciences and the FIP Special Interest Groups. What is a pharmaceutical scientist?. FIP; 2015. [Acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.fip.org/www/index.php?page=pharmaceutical_sciences

Propuesta técnica de desarrollo del acuerdo suscrito entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid: MSSSI; 2014. [Acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/consejoinforma/Documents/Acuerdo-Marco-Colaboracion-Ministerio-Sanidad-CGCOF-Noviembre-2013.pdf>

Rahme E, Choquette D, et al. Impact of a general practitioner educational intervention on osteoarthritis treatment in an elderly population. *Am J Med*. 2005; 118(11):1262-70.

Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. BOE nº 21, (21-01-2005).

Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. BOE nº 280, (20-11-2008).

Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 177 (25-07-15).

Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos. BOE nº 307 (24-12-2015).

Resolució del director general de Planificació, Avaluació i Farmàcia de 25 de novembre de 2015 per la qual es convoca un concurs de mèrits per a l'adjudicació de 34 oficines de farmàcia. BOIB nº 174 (26 de noviembre de 2015).

Rieck A, Pettigrew S. How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australian primary care influence the quality of collaborative chronic disease management. *Qual Prim Care*. 2013; 21(2):105-11.

Ríos LM, Garrigues TM, Martín A, Muelas J. Adjudicación de farmacias: análisis comparativo de baremos. *Ars Pharm*. 2009; 10(2): 90-98.

Roccatagliata D, Avanzini F et al. Is global cardiovascular risk considered in current practice? Treatment and control of hypertension, hyperlipidaemia, and diabetes according to patients' risk level. *Vasc Health Risk Manag*. 2006; 2(4): 507-14.

Scottish Government. The Right Medicine: A Strategy for Pharmaceutical Care in Scotland; 2002. [Acceso 27 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/158742/0043086.pdf>

Seddon ME et al. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care*. 2001;10(3):152-8

SEFAC. Manifiesto Abarán: el farmacéutico comunitario en la atención domiciliar y sociosanitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2015; 7(1):3-4. DOI: 10.5672/FC.2173-9218. (2015/Vol7).001.01.

Shumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy*. 2003; 23(1):113-32.

Smith J, Picton C, Dayan M. Now or Never. Shaping pharmacy for the future. Royal Pharmaceutical Society; 2013. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://www.rpharms.com/promoting-pharmacy-pdfs/moc-report-full.pdf>

Sotoca Momblona JM. Problemas relacionados con la medicación de los pacientes procedentes de un centro de salud que son causa de ingreso en su hospital de referencia. [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2007.

Their SL, Yu-Isenberg KS et al. In chronic disease, nationwide data show poor adherence by patients to medication and by physicians to guidelines. *Manag Care*. 2008; 17(2):48-52, 55-7.

Thorpe LE, Upadhyay UD et al. Prevalence and control of diabetes and impaired fasting glucose in New York City. *Diabetes Care*. 2009; 32(1):57-62.

Tricco AC, Ivers NM et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 379(9833): 2252-61.

Tuneu L, García-Peláez M, López S, Serra G, Alba G, de Irala C, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharm Care Esp*. 2000; 2:177-192.

USC Public law, Dec. 8. Medicare prescription drug, improvement, and modernization act of 2003; 108-173.

Wagner EH, Austin BT et al. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q*. 1996; 4(2): 12-25.

Walsh JM, McDonald KM et al. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Med Care*. 2006; 44(7):646-57.

Weinberger M, Murray MD et al. Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288(13):1594-602.

Wermeille J, Bennie M et al. Pharmaceutical care model for patients with type 2 diabetes: integration of the community pharmacist into the diabetes team—a pilot study. *Pharm World Sci*. 2004; 26(1):18-25.

Wilt VM, Gums JG et al. Outcome analysis of a pharmacist-managed anticoagulation service. *Pharmacotherapy*. 1995; 15(6):732-9.

Wolf-Maier K, Cooper RS et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*. 2004; 43(1): 10-7.

Yamada C, Johnson JA et al. Long-term impact of a community pharmacist intervention on cholesterol levels in patients at high risk for cardiovascular events: extended follow-up of the second study of cardiovascular risk intervention by pharmacists (SCRIP-plus). *Pharmacotherapy*. 2005; 25(1):110-5.

Yanchick JK. Implementation of a drug therapy-monitoring clinic in a primary-care setting. *Am J Health Syst Pharm*. 2000; 57 Suppl 4:S30-4.



Agradecimientos

Este libro se ha editado gracias a la colaboración de:

Aboca

Alliance Healthcare

Almirall

Bioibérica

Boehringer Ingelheim

Chiesi

Cinfa

Difefac

Esteve

Grupo Cofares

Grupo Ferrer

Grupo Menarini

Leo Pharma

Mylan

Pensa

Perox Farma

Pierre Fabre

Ratiopharm

Roche

Sanofi Pasteur MSD

Stada

Teva



